

Vergaderjaar 2021–2022

**35 560**

## **Initiatiefnota van het lid Ploumen over de noodzaak van gendersensitieve zorg: ongelijke behandeling = betere zorg**

**Nr. 9**

### **VERSLAG VAN EEN NOTAOVERLEG**

Vastgesteld 28 maart 2022

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 14 maart 2022 overleg gevoerd met de heer Kuipers, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, over:

- **de initiatiefnota van het lid Ploumen «De noodzaak van gendersensitieve zorg: ongelijke behandeling = betere zorg» (Kamerstuk 35 560, nr. 2);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 6 oktober 2021 inzake reactie op verzoek commissie op de initiatiefnota van het lid Ploumen «De noodzaak van gendersensitieve zorg: ongelijke behandeling = betere zorg» (Kamerstuk 35 560, nr. 3).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de commissie,  
Smals

De griffier van de commissie,  
Esmeijer

**Voorzitter: Smals**  
**Griffier: Bakker**

Aanwezig zijn zeven leden der Kamer, te weten: Ellemeest, Den Haan, Rudmer Heerema, Kuiken, Paulusma, Ploumen en Smals, en de heer Kuipers, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Aanvang 14.31 uur.

**De voorzitter:**

Goedemiddag, allemaal. Welkom bij de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor het notaoverleg naar aanleiding van de initiatiefnota van het lid Ploumen «De noodzaak van gendersensitieve zorg: ongelijke behandeling = betere zorg». Welkom natuurlijk aan mevrouw Ploumen, als initiatiefnemer. Welkom aan de Minister. Welkom aan de collega-Kamerleden. Welkom aan de mensen thuis, die kijken. Ik wilde voorstellen om maximaal vier interrupties toe te staan, maar als we met vijf sprekers blijven, dan kunnen we daar creatief mee omgaan. Er is ook een spreektijd afgesproken voor alle fracties. Ik zal dat in de gaten houden, maar ook daarbij kijk ik, afhankelijk van hoe het loopt, hoe creatief we daarmee om kunnen gaan.

Laten we maar direct beginnen. Ik geef graag de heer Heerema het woord.

**De heer Rudmer Heerema (VVD):**

Voorzitter, dank. Allereerst dank aan de initiatiefnemer om via een initiatiefnota aandacht te vragen voor dit onderwerp van gendersensitieve zorg. En daarmee ook dank aan haar ondersteuning, die zeer waarschijnlijk ook heel hard heeft gewerkt aan deze nota; we weten allemaal hoe dat werkt. Ik ga heel constructief beginnen. Als het gaat om de puur medisch-wetenschappelijke biologische kant van de gezondheidszorg, sluit de VVD zich van harte aan bij de oproep van de initiatiefnemer. En ik heb een aantal voorbeelden om dat te illustreren. Er is bijvoorbeeld heel recentelijk door een groep gedreven cardiologen heel duidelijk wetenschappelijk aangetoond hoe zieke vrouwenharten zich anders gedragen dan zieke mannenharten. Ik vind het gewoon ontzettend goed dat dit soort onderzoek goed gedaan wordt, en dat er zo veel duidelijk over wordt. Ik heb zelf een aantal keren vanwege operaties een narcose toegediend gekregen, en ook daar zie je een steeds verfijnder optreden van de anesthesist om die hoeveelheid narcosemiddel zo goed mogelijk aan te laten sluiten bij de patiënt die geopereerd moet worden. Te veel narcosemiddel zorgt voor een langer herstel, onnodig, en te weinig... Nou ja, we kunnen ons allemaal wel inbeelden wat dat betekent. Dan maar liever iets te veel, wat mij betreft. Ook de grenswaarde bij bijvoorbeeld een vitaminetekort kent een universeel uitgangspunt. Bij die grens om vast te stellen of je wel of geen tekort hebt, wordt geen rekening gehouden met seksespecifieke aspecten, terwijl vitaminebehoeften voor mannen en vrouwen echt heel verschillend zijn. Het voorbeeld voor mij is B12. Beter inzicht in wat persoonsgericht nodig is, kan zo veel complicaties voorkomen. Een ander voorbeeld is de diabeteszorg. Ook daar is bekend dat vrouwen met diabetes vaker ook andere aandoeningen hebben in vergelijking tot mannen. Deze kennis helpt om de kwaliteit van behandelingen te verbeteren.

De initiatiefnemer geeft zelf in de nota ook een uitgebreid overzicht van de stand van wetenschap en praktijk op dit thema. Dank daarvoor. Kan de initiatiefnemer in dit licht ook aangeven hoe zij de nieuwe taakopdracht Gender en Gezondheid van ZonMw beoordeelt, ook gezien er in de nota aandacht wordt besteed aan dit programma? En in het verlengde hiervan ben ik benieuwd naar de stand van zaken rond de toezegging van de Minister om ZonMw te vragen over de vraag of een nieuwe, gerichte subsidieronde voor gender en preventie in de toekomst nuttig zou zijn.

Voorzitter, dan kom ik echt bij de nota. De termen «gender» en «seks» worden vaak genoemd in de nota. Seks en gender raken aan elkaar, maar zijn wel verschillend. De initiatiefnemer legt dit ook uit in de initiatiefnota, maar ik hoor graag van de initiatiefnemer: wat wordt verstaan onder «gendersensitieve zorg» en wat onder «seksespecifieke gezondheidszorg»? Hoe verhouden deze twee zich tot elkaar? Mijns inziens moeten we bij deze zorg ook een slag dieper kijken, namelijk naar persoonsgerichte zorg. Want net zo goed als dat er verschillen zijn tussen mannen en vrouwen, zijn er binnen die groepen ook weer grote verschillen te zien. Een hoge of lage BMI, lengte, weerstand, conditie, medicijngebruik: dat zijn allemaal factoren die bij iedere persoon verschillend zijn. Waar deze factoren bij het bepalen van bijvoorbeeld het genoemde narcosemiddel steeds beter meegewogen worden en we richting persoonsgerichte zorg gaan, kan dat bijvoorbeeld bij het bepalen van – ik zeg maar wat – vitaminetekorten nog vele malen beter. Ik ben benieuwd hoe de initiatiefnemer hiertegen aankijkt.

Voorzitter. In navolging hiervan zou ik de Minister willen vragen om in het veld een inventarisatie te doen van die medische gebieden waar seksespecifieke medische kennis en zorg onderbelicht zijn en na te gaan bij welke gebieden er grote winst te behalen valt in betere afstemming als het gaat om persoonsgerichte zorg. Daarnaast ben ik benieuwd welke lopende projecten er nu zijn die wetenschappers en zorgprofessionals in die medische gebieden kunnen ondersteunen. ZonMw krijgt in 2023 275 miljoen euro vanuit VWS. Welke ruimte neemt het programma Gender en Gezondheid hierin? Al met al, als ik kijk naar de beslispunten – dat zijn er best veel, 22 uit mijn hoofd – dan zien we aanknopingspunten om deze zorg te verbeteren, met name daar waar het gaat om algemene opgestelde grenswaarden, waar je in theorie dan net wel of net niet onder zit maar wat desastreuze gevolgen kan hebben omdat tekorten niet opgemerkt worden. Ik heb daar voorbeelden van aangedragen en ik ben benieuwd naar de reactie hierop. Dank u wel, voorzitter.

De **voorzitter**:

Mevrouw Kuiken voor een vraag.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Ik had ook al een conceptmotie voorbij zien komen. Ik zal het even uitleggen. Dan maken we alles transparant. Die is ons toegestuurd met het verzoek om er even naar te kijken, in de zin of we er al dan niet iets in zien. Dat is een heel logisch proces in de Tweede Kamer zodat je elkaar niet onnodig verrast. Daarin staat met zo veel woorden: kijk of het budget voor ZonMw voldoende is en of er wellicht budget overblijft, juist voor gender- en seks-intensieve zorg. Nou, dat kunnen we van harte ondersteunen. Maar ik wil wel graag van de VVD weten wat dit betekent. Vindt de VVD, los van het ZonMw-programma, dat er sowieso structureel geld nodig is? Als uit die vraag die ook aan de Minister is gesteld, blijkt dat dit niet voldoende is, is de VVD dan bereid om op een andere manier te kijken naar meer structureel geld voor dat noodzakelijke onderzoek dat de heer Heerema zo-even ontzettend goed onderbouwde?

De heer **Rudmer Heerema** (VVD):

Wij denken zelf dat er binnen dat ZonMw-budget voldoende ruimte is. Wij hebben er goed naar gekeken en wij vragen eigenlijk bevestiging of dat zo is. Het zou ons verbazen als de Minister hier aangeeft dat die ruimte er niet zou zijn, want dan hebben we een ander gesprek wat mij betreft. Dat is een. Ten tweede: op het moment dat er te weinig geld blijkt te zijn, zijn wij van mening dat het niet alleen gaat over die gendersensitieve zorg maar dat we ook veel meer moeten kijken naar die persoonsgerichte aanpak, omdat er binnen die verschillende genders natuurlijk ook allerlei

verschillen zijn waar we winst kunnen behalen door zorgkosten in de toekomst te vermijden. Eigenlijk is dat ook een beetje de preventie-aanpak, namelijk: hoe zorg je er aan de voorkant voor dat zorgkosten in de toekomst lager kunnen zijn? Dat kan bijvoorbeeld door het zorgen voor beter medicijngebruik van de persoon. Dat kan ook door ervoor te zorgen dat de waarden voor bijvoorbeeld vitamine-inname beter bekeken worden. Maar om dan direct te zeggen dat daar 100, 200 of 300 miljoen bij moet, vind ik heel lastig, want ik weet ook niet wat de opbrengst is van datgene wat we aan winst kunnen boeken.

**De voorzitter:**

Mevrouw Kuiken, tweede vraag.

**Mevrouw Kuiken (PvdA):**

Tweede vraag. Dat eerste leggen we dan even bij de Minister neer, want dat is een aanname en daarvan zullen we zien wat daar uit gaat komen. Dan het tweede punt. Kijk, die persoonsgerichte aanpak snap ik, maar gelijktijdig zijn er nog ziektes die heel erg seksespecifiek zijn. Endometriose is niet iets wat mannen overkomt. Een erectiestoornis is iets wat vooral het deel van Nederland treft dat een penis heeft. Er zitten dus wel degelijk verschillen. Ik zou het dan ook wat onlogisch vinden om te zeggen: we doen alles persoonsgericht en daarmee is het probleem opgelost. Laten we ook naar Frankrijk kijken, dat er niet voor niets 20 miljoen extra voor uittrekt, omdat er eigenlijk ongericht en onvoldoende geld gaat naar seksespecifieke zorg. Graag een reactie. Hoe ziet de VVD dit?

**De heer Rudmer Heerema (VVD):**

Het is gewoon heel duidelijk dat de meeste behandelingen, de meeste informatie afgestemd wordt op de mannelijke patiënt en niet op de vrouwelijke patiënt. Ik denk dat we daarin echt een stap moeten maken, omdat daar winst te behalen valt, vooral voor de patiënt maar ook wat betreft de zorgkosten an sich. Mijn inschatting is dat we dat kunnen doen binnen het ZonMw-budget, dus binnen de budgetten van VWS die we hebben. Als dat niet zo is en we daar meer ruimte voor moeten vinden, dan ben ik zeker bereid om te kijken, ook met het idee dat het een preventieve werking heeft, hoe we daar vorm aan zouden moeten kunnen geven. Ik weet niet of we dat in dit notaoverleg kunnen bereiken, maar volgens mij hebben we nog een aantal jaren in deze periode om te kijken hoe we winst zouden kunnen behalen.

**De voorzitter:**

Mevrouw Paulusma heeft ook nog een vraag.

**Mevrouw Paulusma (D66):**

Dank voor de inbreng van collega Heerema. Ik ga ook een heel eind mee in een soort van kosten-batenanalyse. Er is heel recent in Groningen onderzoek gedaan naar het aantal verwijzingen dat huisartsen doen. Daaruit bleek – even los van de seksespecifieke aandoeningen; maar wel ten aanzien van bijvoorbeeld duizeligheid, rugpijn of hoofdpijn – dat mannen al significant meer lichamelijk onderzoek krijgen bij de huisarts, maar zeker vaker worden doorgestuurd voor nader onderzoek. Ik ben eigenlijk wel benieuwd wat u daarvan vindt.

**De heer Rudmer Heerema (VVD):**

Ik vind dat verrassend. Ik weet niet hoe ik als vrouw bij een huisarts zou zitten, maar ik weet wel hoe ik dat als man doe. Op het moment dat ik denk dat er iets is waarmee ik doorgestuurd zou kunnen worden, ben ik volgens mij heel duidelijk over wat ik verwacht van mijn huisarts. Ik weet niet of daardoor op een andere manier naar mannen en vrouwen wordt

gekeken. Ik weet dat gewoon oprecht niet. Ik kan me voorstellen dat dat wel zo is. Je ziet dat vrouwen in groten getale terughoudender zijn als het gaat om bijvoorbeeld banen, een carrière of het pakken van kansen. Ik weet niet of dat ook invloed heeft op het moment dat je bij een huisarts zit en zegt dat je ergens last van hebt. Het heeft er ook mee te maken of je zelf doorvraagt of niet. Dat zal individueel niet altijd verschil maken, maar ik kan me voorstellen dat als je kijkt naar grote aantallen, mannen dan misschien wat mondiger zijn en meer doorvragen. Dit is een aanname van mijn zijde. Ik vind het in ieder geval niet goed dat er verschillend gehandeld wordt. Mevrouw Paulusma heeft het over een onderzoek waaruit blijkt dat een huisarts veel vaker een man doorstuurt en bij een man veel vaker het onderzoek doet dat nodig is. Volgens mij moet je te allen tijde verwachten dat datzelfde onderzoek en dezelfde doorverwijzing bij de vrouw aan de orde zijn.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik heb wat moeite met de aanname die de heer Heerema doet, maar dat zult u, denk ik, wel begrijpen. In datzelfde onderzoek wordt ingegaan op de manier waarop we opgeleid worden. Dat is net als de selectie bij raden van bestuur. Als er meer mannen in zo'n raad van bestuur zitten, dan nemen ze gewoon dezelfde witte man van een bepaalde leeftijd aan. Dat zien we dus ook in de zorg terug. Dat ligt dus niet zozeer bij vrouwen, dat ligt veel meer bij hoe we opleiden en hoe we naar de wereld om ons heen kijken. Deelt de heer Heerema dat wellicht ook?

De heer **Rudmer Heerema** (VVD):

Ja, dat deel ik. Ik denk dat dat klopt. Ik ben er alleen naar op zoek hoe we dat zouden kunnen verbeteren. Dat zou bijvoorbeeld kunnen gebeuren in het opleidingstraject van huisartsen zelf. Volgens mij heb ik dit ook langs zien komen in een van de beslispunten. Dus ja, ik deel dat. Volgens mij moeten we ervoor zorgen dat we ook hier weer preventief handelen en kijken of we dit aan de voorkant kunnen verbeteren.

De **voorzitter**:

Dank u wel, meneer Heerema. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Paulusma namens D66.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dank u wel, voorzitter. Ik wil graag beginnen met het bedanken van mevrouw Ploumen voor het weer op de agenda zetten van dit belangrijke onderwerp. We kennen haar als voorvechter van de positie van de vrouw. Onze partijen hebben in het verleden vaak samen opgetrokken, bijvoorbeeld als het gaat om de positie van vrouwen op de arbeidsmarkt en vorige week nog in het debat over de beschikbaarheid van de abortuspil bij de huisarts. Ook op het onderwerp van vandaag weten D66 en de Partij van de Arbeid elkaar gelukkig te vinden. Het waren immers de leden Ploumen en Bergkamp die in 2020 bij amendement op de VWS-begroting financiering regelden voor de continuering van het onderzoeksprogramma Gender en Gezondheid.

Voorzitter. De nota van mevrouw Ploumen weet het belang van het onderwerp bijzonder goed neer te zetten. Zij voert een lange lijst met voorbeelden op van de gezondheidsverschillen tussen mannen en vrouwen. Ik noem er hier ook nog maar een paar. Vrouwen brengen minder jaren door in goede gezondheid. Migraine komt bijna drie keer zo vaak voor bij vrouwen als bij mannen. Vrouwen hebben twee keer vaker last van gewrichtsslijtage. Maar de ziekte van Bechterew, een vorm van reuma, wordt bij vrouwen gemiddeld vijf jaar later gediagnosticeerd dan bij mannen, omdat symptomen niet worden herkend. Maar het zijn bijvoorbeeld ook vaker vrouwen die in de ambulance niet juist gediagnosticeerd worden. Dat komt doordat ze een ander beeld laten zien dan

mannen, met vaak ernstige gevolgen van dien. Ik stelde hier al eerder vragen over en wat ons betreft is het een van de redenen om kritisch te kijken naar onze traumazorg.

Voorzitter. Tot grote frustratie van vrouwen worden vrouwen vaker naar huis gestuurd met een psychische behandeling, waarbij de fysieke aanleiding niet wordt herkend, zo ook bij hartklachten. We zagen dit gisteren ook in Pointer over dit onderwerp. Vrouwen laten pijn in de nek en in de rug zien. Ook oververmoeidheid is bij vrouwen vaak een symptoom voor hartproblemen, zeker in bepaalde risicogroepen. En toch wordt er bij vrouwen eerder gedacht aan psychische problemen, zoals een depressie. Hierdoor krijgen vrouwen niet de zorg die ze nodig hebben. Dit is niet uit onwelwillendheid. Het heeft er ook niet mee te maken of vrouwen mondig genoeg zijn, maar het gaat vaak om onwetendheid.

Voorzitter. Het zijn niet enkel vrouwen die nadelen ondervinden. Jonge mannen blijken gevoeliger te zijn voor infecties dan jonge vrouwen, door een andere werking van het immuunsysteem onder invloed van geslachtshormonen. Maar vrouwen hebben een beter afweersysteem tegen virussen, zo kunnen we lezen. Vrouwen en mannen hebben dus beiden baat bij gendersensitieve zorg, die aandacht schenkt aan sekse en aan gender. Gendersensitieve zorg zal leiden tot betere en passender zorg. Gender is dus een belangrijke factor. Dat laat de initiatiefnota van mevrouw Ploumen ook zien.

Er zijn echter meer manieren waarop de patiëntenpopulatie afwijkt van de «reference man», vaak de witte man van een bepaalde leeftijd. In mijn opleiding tot verpleegkundige en in mijn studieboeken zag ik alleen patiënten met een witte huid. Ik leerde bijvoorbeeld eczeem te herkennen, maar alleen op een witte huid. Zonder aan het belang van gender te willen afdoen: zouden we niet toe moeten naar veel meer gepersonaliseerde zorg? Daarvoor zouden we dus ook moeten opleiden, waarbij we met de specifieke kenmerken van de patiënt rekening houden. De vraag stellen is 'm wat mij betreft ook beantwoorden: wat D66 betreft zou dit moeten. Hoe kijken mevrouw Ploumen en de Minister hiertegen aan?

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Bij mij gaan een beetje de alarmbellen af, omdat ik in een bijdrage nu twee keer de term «persoonsgerichte zorg» hoor. Dat is op zich heel goed en verstandig, maar je moet wel weten wat voor gender en wat voor sekse iemand heeft en wat daar de onderliggende kenmerken van zijn, voordat je naar zo'n persoonsgerichte aanpak kan. Ik voel hier dat er een soort bezweringsformule wordt voorgemaakt, maar dat zal vast mijn cynische politieke bril zijn. U gaat mij vast helpen om mij daarvan af te brengen.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Het zou zeker heel jammer zijn als u uw cynische bril op zou houden. Nee, gender is superrelevant, want daar lopen we al decennia in achter. Dat heeft vrouwen ernstig en voorkombaar letsel toegebracht. Alleen, ik ken de zorgwereld te goed om te doen alsof het geregeld is als we alleen gender noemen en het afvinken op een lijstje. Daarvoor is dit vraagstuk veel te complex. Wat mij betreft is het en-en-en, maar staat gender met hoofdletters aan het begin van de zin. Ik hoop dat ik daarmee mevrouw Kuiken wellicht van het cynisme verlost heb en in ieder geval voor vanmiddag van haar zorgen.

Voorzitter. We moeten onze blik en ons handelen breder trekken dan alleen het aspect «gender», met de hele toelichting die ik net gaf, naar bijvoorbeeld leeftijd en wellicht ook leefstijl. Ik kan me dan ook vinden in de opmerking in de brief van de vorige Minister. Hij stelt dat deze aspecten in de breedte van het onderzoek meegenomen moeten worden. Hij schrijft dat in alle toekomstige onderzoeken rekening gehouden moet worden met gender en dat daarbij ook aandacht moet zijn voor alle

andere aspecten die relevant zijn voor goede zorg. Naast gender is dat bijvoorbeeld ook leeftijd. Ik ben dat uiteraard met de vorige Minister eens, maar ik zie ook dat dit geen vanzelfsprekendheid is. Hoe kijkt de huidige Minister hiertegen aan? Hoe zou deze noodzakelijke brede blik, gekoppeld aan gender, gerealiseerd kunnen worden? Hoe borg je dat deze aspecten terugkomen in onderzoek, onderwijs en zorg?

Ik lees dat de Minister ZonMw heeft gevraagd om, mede op basis van de resultaten van de huidige onderzoekronde, te adviseren over de vraag of een nieuwe, gerichte subsidieronde voor gender en preventie in de toekomst nuttig kan zijn. Kan de Minister nog wat meer vertellen over de resultaten van deze onderzoekronde en wat de uitkomsten zijn van het advies van ZonMw?

Voorzitter. De initiatiefnemer, mevrouw Ploumen, doet een flinke reeks voorstellen. Zoals ik zojuist al aangaf, kan ik die op hoofdlijnen zeker ondersteunen. Het is zo ontzettend belangrijk dat wij meer oog hebben voor de verschillen tussen genders, om betere zorg te kunnen leveren, om te voorkomen dat mensen zich onbegrepen voelen omdat hun ziektebeeld niet wordt herkend, om ervoor te zorgen dat de triage juist gedaan wordt, en om ervoor te zorgen dat medicijnen bij je lijf en bij je hormonen passen. Dit vraagt iets van het zorgaanbod, maar ook van professionals en van hoe wij opleiden en onderzoek doen.

Zoals ik ooit op een D66-congres een motie indiende voor een verplicht tijdelijk quotum voor vrouwen in raden van bestuur, zo moeten er wellicht in de zorg dwingend afspraken komen over het aantal vrouwelijke hoogleraren en over het percentage onderzoek dat gedaan wordt naar specifieke vrouwenaandoeningen. En wellicht moeten er dwingend afspraken gemaakt worden met de farmaceutische industrie als het gaat om een gendersensitief aanbod. Ik ben natuurlijk uitermate benieuwd wat de initiatiefneemster hiervan vindt.

Zoals ik al zei, kan ik me vinden in veel van de beslispunten. Wel vraag ik me nog een aantal dingen af. Mevrouw Ploumen legt veel op het bord van de Minister van VWS, terwijl niet alles bij hem thuishoort. Wellicht kan zij reflecteren op hoe zij de verdeling van verantwoordelijkheden ziet tussen de Minister van VWS, de Minister van OCW en zeker ook het onderzoeksveld en de farmaceutische industrie zelf.

Ook kan ik me niet aan de indruk trekken dat veel van wat mevrouw Ploumen wil, reeds in enige vorm gerealiseerd is. Althans, dat is wat ik opmaak uit de reactie van de Minister. Wat is de respons van de initiatiefnemer hierop?

Voorzitter. Ik wil zelf graag nog één specifiek punt naar voren brengen, namelijk long covid of het postcovid syndroom. Ook bij long covid lijkt gender een rol te spelen. Van de mensen die kampen met langdurige klachten na covid is driekwart vrouw. Na een ernstige infectie kunnen patiënten soms maanden na ontslag uit het ziekenhuis nog een verminderde longfunctie hebben en zijn er afwijkingen van de longen op röntgenfoto's of longscans te zien. Maar het kan ook voorkomen bij mensen die nauwelijks ziek zijn geweest. Zij houden daar allerlei klachten aan over, zoals longklachten, vermoeidheid, koorts, spierpijn, maag- en darmklachten, heftige hoofdpijn en kortademigheid. Er zijn ook neurologische klachten, zoals slaapstoornissen, angst, extreme vermoeidheid, depressie en problemen met concentratie en geheugen. Die problemen komen dus vooral voor bij vrouwen die, voordat ze corona kregen, fit waren en een actief leven leidden. Het grootste deel van die groep is tussen 40 en 50 jaar oud.

Ik ben helaas een van hen. Ik herken veel van wat vrouwen met longcovid-klachten tegen mij zeggen. We worden naar huis gestuurd met opmerkingen als: «Je hebt ook wel een hele drukke baan.» Of: «Ben je misschien een beetje overspannen?» Of: «Het is ook allemaal wel heel erg veel.» Van veel van deze vrouwen hoor ik terug dat ze naar huis gestuurd worden en dat het van kwaad tot erger gaat. Je wordt dan niet alleen niet geholpen,



je gaat ook aan jezelf twijfelen. Dat laatste is funest. Want onbegrepen, onbekende klachten zijn niet de schuld van vrouwen. Het is onbegrepen en onbekend, omdat het nog niet afdoende is onderzocht. Dit geldt wat mij betreft ook voor alle klachten die nu geschaard worden onder SOLK, de somatische onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten, die in meerderheid vrouwen treffen. We moeten dit veel serieuzer gaan nemen. Voorzitter. Terug naar de nota. De situatie rond long covid kan zo worden toegevoegd aan de rij van voorbeelden die de initiatiefnemer in haar nota heeft opgenomen. Daarom zou ik de Minister willen vragen of hij het onderzoek naar long covid ook gendersensitief wil maken. Volgens mij is dat nodig om een goed begrip te krijgen van wat de klachten veroorzaken en wat de mogelijke behandelingen zijn, maar dat is ook nodig voor het begrip dat vrouwen – natuurlijk ook mannen, maar met name vrouwen met post covid – verdienen.

Voorzitter. Ik ga afronden. Ik wil mevrouw Ploumen nogmaals bedanken voor haar initiatief. Ik hoop dat we nog lang samen mogen optrekken in de strijd voor emancipatie.

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Paulusma. Er is nog een vraag van mevrouw Ellemeete voor u.

Mevrouw **Ellemeete** (GroenLinks):

Ik vind het heel interessant wat mevrouw Paulusma vertelt, namelijk dat long covid meer vrouwen treft. Even los van het feit dat meer vrouwen daar last van hebben, is mijn vraag: als zij het hebben, reageren vrouwen daar dan anders op dan mannen? Is dat al bekend? Ik begrijp dat mevrouw Paulusma juist aan de Minister vraagt om dat te onderzoeken, maar is daar al iets over bekend? Of is dat nog helemaal onbekend?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Er is nog heel veel onbekend. Daarom wil ik heel graag een reactie van de Minister, met wat meer urgentie dan zijn collega vorige week in het hoofdlijnen debat aangaf rond deze ziekte. We zien dat het veel vrouwen zijn die ook in de zorg gewerkt hebben en die langer doorgaan omdat de vraag nou eenmaal groot is. Je ziet wel dat patiënten heel verschillend reageren op behandeling. «Kom maar in beweging» zeggen, heeft een heleboel vrouwen eigenlijk de das omgedaan. Vrouwen zijn niet terughoudend of niet assertief genoeg, in mijn beleving, maar lopen vaak wel langer door met klachten. Het lijkt erop dat long covid daar niet heel goed op reageert. Er is meer onderzoek nodig.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Kuiken van de PvdA.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Allereerst dank aan mevrouw Ploumen, maar ook aan mevrouw Erpenbeek en mevrouw Wolfhagen, en natuurlijk ook andere medewerkers, die haar ondersteunen om deze initiatiefnota het licht te doen zien en hier te behandelen. Het kost altijd ongelofelijk veel tijd en toch is het belangrijk. We hebben het hier over gendersensitieve en seksesensitieve zorg, maar tegelijkertijd gaat het ook over hoe we naar de samenleving kijken. Hoe gaan we met elkaar om? Hoe zorgen we ervoor dat er onnodig leed in de persoonlijke sfeer wordt voorkomen omdat mensen er gewoon nog hadden kunnen zijn? Hoe zorgen we ervoor dat mensen langer kwaliteit van leven hebben omdat ze de zorg krijgen die op hen van toepassing is? Hoe voorkomen we ook dat mensen langjarig uitvallen of half uitvallen?



Want dat is wat er nu aan de hand is. We accepteren dat mensen door long covid, misschien onnodig, niet kunnen leven zoals zij gewend waren of willen, of dat mensen nog maar parttime kunnen werken, ondanks dat zij dat graag anders zouden zien, omdat zij kampen met ernstige vormen van endometriose of omdat zij wellicht maandelijks geveld worden door migraine. Hoeveel vrouwen zijn er niet in Nederland, inclusief ikzelf, die zouden willen dat we niet tweeënhalve dag per maand uitgeschakeld zijn, maar dat er eindelijk goede medicijnen op de markt zouden komen? Kortom, het raakt ons allemaal, links of rechts, en niet alleen op individueel niveau, maar ook op maatschappelijk niveau. Dat is wel een beetje kenmerkend voor Nederland. Ik ben heel erg trots over onze gezondheidszorg, maar ik ben kritisch over het feit dat we vaak kijken naar de kostenkant en maar weinig naar de batenkant. Ik denk dat dat ook een van de belangrijkste redenen is waarom gendersensitieve zorg en seksesensitieve zorg niet de aandacht krijgen die ze verdienen, nog los van allerlei oude rolmodellen en -patronen waarin we vastlopen, zowel als het gaat over sekse-identiteit als over persoonlijkheid.

Dat brengt mij op een aantal vragen. Mevrouw Ploumen heeft in haar nota zeer indringend en zorgvuldig beschreven waarom dit van belang is, maar ik zou haar willen vragen om twee of drie prioriteiten te noemen. Wat denkt zij dat nu als eerste nodig is? Dan een vraag over de rol van de Minister van VWS. De collega's voor mij hebben daar ook al naar gevraagd. Wat kunnen we van hem verwachten? Wat kunnen we niet van hem verwachten? Wat is nu vooral nodig ten opzichte van andere jaren om gendersensitieve en seksesensitieve zorg op de agenda te krijgen? Hoe ziet zij die verantwoording voor zich? Ik zie de alarmbellen alweer afgaan: we kunnen toch niet iets vragen aan de Minister van VWS waar hij niet over gaat? Ik benoem maar alvast even de roze olifant in de kamer. Wat kunnen we wel van hem verwachten in haar optiek?

Voorzitter. De beantwoording door de vorige Minister laat een beetje doorschemeren dat we op de goede weg zijn, dat we lekker bezig zijn en dat er niet heel veel meer nodig is. Ik zou de Minister willen vragen of hij dat nu echt denkt. Wat zijn de concrete voorbeelden die laten zien dat we daadwerkelijk goed bezig zijn? Zijn de bijsluiters nu aangepast? Zijn de opleidingen nu daadwerkelijk wezenlijk veranderd? Is de financiering nu op een manier geborgd, ook qua onderzoek, die recht doet aan dit onderwerp? Ik krijg altijd hele concrete antwoorden als ik concrete vragen stel, dus wat zijn nou de intrinsieke zaken waarmee hij kan aantonen dat we echt op de goede weg zijn? Of zitten er wellicht nog een aantal hiaten in die we zouden moeten aanpakken? Welke rol ziet de Minister daarin voor zichzelf weggelegd?

Voorzitter. Een belangrijk punt blijft natuurlijk de vraag welke rol fabrikanten kunnen spelen als het gaat over geneesmiddelenbeleid en onderzoek. Deze vraag stel ik eigenlijk aan u beiden, zowel aan de indiener als aan de Minister. Is het niet verstandig om bijvoorbeeld de fabrikanten een fonds te laten starten om juist dat genderspecifieke en seksespecifieke onderzoek vorm te geven? Hoe borgen we ook dat er voldoende geld beschikbaar blijft? De ZonMw-begroting loopt tot 2023. Met steun van D66 is er tot en met het lopende jaar 2021 wat extra geld vrijgemaakt, maar daarna stopt alles weer. We weten ook dat onderzoek tijd kost. Je moet zekerheid hebben dat geld daarvoor doorloopt. Hoe borgen we dat? Welke rol kunnen fabrikanten met een eventueel fonds hier dus in spelen? Welke rol ziet de Minister daarin voor zichzelf qua begroting en structurele financiering? En hoe kijkt de Minister aan tegen het initiatief dat de Franse regering heeft genomen om juist een heel fors geldbedrag beschikbaar te stellen voor een slopende ziekte? Alleen al in mijn directe, close kring van acht vriendinnen zijn twee vrouwen ernstig slachtoffer van deze ziekte, inclusief niet meer zwanger kunnen raken. Dromen vallen in duigen. Ik denk dat dit ontzettend belangrijk is.

Is het ook niet verstandig om ten aanzien van de financiering de ggz een apart deelproject te laten zijn? Genderspecifieke verschillen spelen daar een rol, bijvoorbeeld als het gaat om vrouwen en autisme, maar ook om mannen en de problemen waarin zij geraken, zoals wellicht met het criminaliteitscircuit en verslavingsproblematiek. Zaken zijn bij hen gewoon anders geregeld, ook qua hormoonhuishouding. Ik denk dat dat ontzettend belangrijk is.

**De voorzitter:**

Mevrouw Kuiken,...

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Ik moet gaan afronden.

**De voorzitter:**

Ik laat het lekker gaan, hoor. We hebben alle tijd, maar...

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Ik weet het. Ik was een beetje aan het sjoemelen. Ik rond af.

Samenvattend, volgens mij zijn we het er allemaal over eens dat het een belangrijk onderwerp is. Ik denk wel dat we nog meer tussen de oren moeten krijgen dat we hier heel veel kunnen winnen door juist nu te investeren. Ik verwacht dat de indiener dit ziet, maar ook dat de Minister dit ziet. Ik verwacht echt dat hij ziet dat hij hierin een aanjagende en coördinerende taak kan vervullen en dat er structureel budget nodig is, mede mogelijk gemaakt door fabrikanten en andere spelers, maar ook door het Rijk zelf.

Op die drie punten zou ik in ieder geval graag een beantwoording willen hebben.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Kuiken. Mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank u wel. Veel dank aan mevrouw Ploumen voor deze initiatiefnota. Ik vind dat het enthousiasme er bij haar altijd af spat als het over dit onderwerp gaat. Het is ook niet zomaar een oprisping. Mevrouw Ploumen is hier echt al jaren mee bezig. Dat zal ook mijn eerste vraag zijn. Wat heeft mevrouw Ploumen zien gebeuren, of niet zien gebeuren, sinds zij met dit onderwerp bezig is? Ze is al lang een voorvechtster voor betere zorg voor vrouwen. Deze initiatiefnota is alsnog heel hard nodig, helaas. Maar heeft zij ontwikkelingen gezien, in de samenleving en in de politiek, en wat wil zij ons daarover meegeven?

Het is echt een hele uitgebreide initiatiefnota, met heel veel aanbevelingen. Ik ben benieuwd wat binnen die hele nota haar prioritering is. Ik wil dat eigenlijk op vier terreinen weten. Ik ben benieuwd wat voor haar de grootste prioriteit heeft als het gaat om opleiding en onderwijs, om onderzoek, om de zorgverlening zelf en om medicijnontwikkeling. Kan zij op die vier terreinen vertellen wat wat haar betreft als eerste zou moeten worden opgepakt?

Er is al veel gesproken over het Programma Gender en Gezondheid van ZonMw. Dat is terecht. We weten namelijk dat toen het programma er nog was, er heel veel valide onderzoeksvoorstellen zijn gedaan en er maar een heel klein gedeelte gehonoreerd kon worden vanwege het budget. Er liggen dus eigenlijk al heel veel goede onderzoeksvoorstellen op de plank die we zo zouden kunnen uitvoeren als daar budget voor is. Ik ben dus ook heel benieuwd om mevrouw Ploumen daarover te horen.

Dan de vraag: moeten we het nou hebben over vrouwen of over persoonsgerichte zorg? Dat is natuurlijk altijd een beetje een discussie. Als je een aantal van de cijfers bekijkt die mevrouw Ploumen in haar nota

heeft opgetekend, dan zie je dat 70% tot 90% van de zorggebruikers met onverklaarde lichamelijke klachten vrouw is. Dat is echt gigantisch. 54% van de hartinfarcten bij vrouwen wordt gemist. Vrouwen hebben 60% meer kans op bijwerkingen van geneesmiddelen. Vrouwen hebben vaker lichamelijke beperkingen, worden vaker in het ziekenhuis opgenomen en hebben meer langdurige aandoeningen. Die lijst is dus best wel heftig, eerlijk gezegd. Ik ben ook heel erg voor persoonsgerichte zorg, maar ik denk dat we nu de stap naar vrouwgerichte zorg en gender- en sekspecifieke zorg niet kunnen overslaan. Ik ben daarbij wel benieuwd naar groepen binnen die grote groep vrouwen. Zo zien we bijvoorbeeld in bredere zin dat vrouwen met een migratieachtergrond vaak nog bescheidener en terughoudender zijn met het melden van hun klachten. Hoe is het met vrouwen met een lagere sociaaleconomische status? Zou mevrouw Ploumen ook op die twee groepen kunnen ingaan? Wat zou er voor hen extra nodig zijn binnen al haar voorstellen?

Dan had ik nog een paar vragen. Er is een onderzoek, zo heb ik laatst in The Guardian gelezen, over dat vrouwen eerder overlijden op de operatietafel dan mannen. Ik was benieuwd of er ook cijfers zijn over de situatie in Nederland. Dat moet ik misschien aan de Minister vragen, maar misschien weet mevrouw Ploumen het ook. Ik heb ook een vraag aan de Minister. Een voorbeeld dat mevrouw Ploumen geeft, is dat uit het preferentiebeleid van bepaalde cholesterolverlagingsmiddelen blijkt dat bewezen genderverschillen in de bijwerkingen niet worden meegewogen. Dat is natuurlijk heel ernstig, dus ik zou aan de Minister willen vragen of hij dat kan oplossen.

Mevrouw Ploumen vermeldt in haar nota ook dat binnen de cardiologenberoepsvereniging een werkgroep gender is opgericht. Ik vroeg mij af hoe het staat met andere beroepsgroepen. Misschien moet ik dat ook aan de Minister vragen. Wordt dat voorbeeld al overgenomen? Welke rol ziet hij er voor zichzelf in weggelegd om te bevorderen dat ook andere beroepsgroepen dat doen?

Dan had ik nog een vraag over de clinical trials, want daaruit blijkt ook dat het verschil tussen mannen en vrouwen onvoldoende meegenomen wordt in die trials. Wat is daar de laatste stand van? Weet mevrouw Ploumen, dan wel de Minister dat? Wat kunnen wij daaraan doen? Kunnen we daar nog meer op sturen?

Ten slotte, voorzitter. Ik heb inmiddels zo'n twee weken geleden een hele trits aan vragen gesteld over endometriose, waar ook mevrouw Kuiken het over heeft. De Minister heeft vorige week in het debat gezegd dat hij daar deze week met de beantwoording op terugkomt. Ik heb net even gekeken in Parlis, maar de antwoorden zijn er volgens mij nog niet. Een aantal van de vragen die ik stelde, hebben ook betrekking op het plan van Macron om die 20 miljoen vrij te maken. Misschien kan de Minister wel een tipje van de sluier oplichten en hier vast iets over zeggen, want het lijkt mij heel goed als wij daarmee ook hier aan de slag gaan.

Ik heb me zelf de afgelopen jaren ook ingezet voor onder anderen vrouwen met een post-partumdepressie. Daar is in de vorige periode een campagne op gelanceerd en ook extra onderzoek naar gedaan. Ik zou de Minister willen vragen of hij de laatste stand weet. Wat heeft die campagne opgeleverd? Een van de problemen was dat die hele keten rond vrouwen met een post-partumdepressie nog niet goed of onvoldoende goed werkte. Wat is de laatste stand? Gaat het al beter? Wat moeten we daar nog verder aan doen? Ik heb ook de nodige aandacht gevraagd voor vrouwen die worstelen met de overgang. Dat is niet alleen een groot probleem voor vrouwen, maar ook voor werkgevers bijvoorbeeld, want heel veel van die vrouwen vallen uit. Ook daarop hoor ik graag de reactie van de Minister. Erkent hij dat dit nog steeds niet goed genoeg gaat? En wat is hij van plan om daaraan te doen?

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Ellemeet. Ook u liet ik wat langer aan het woord dan uw spreektijd, maar volgens mij kan dat wel. Dat neemt niet weg dat ik misschien in de toekomst wel een keer weer wat strenger zal zijn, zeg ik er dan wel even als disclaimer bij. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Den Haan. Zij heeft geen naambordje, maar ik weet haar naam als geen ander. Gaat uw gang.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Ik ben blij met zo'n coulante voorzitter. Dat is heel fijn. Dan kan ik wellicht ook iets uit de tijd lopen.

Ook van mij dank aan mevrouw Ploumen en al haar medewerkers en alle mensen die hebben meegeholpen aan het tot stand komen van deze initiatiefnota, een nota waar ik in ieder geval heel gelukkig mee ben, met voorstellen die ik zeker ondersteun. We zijn vrij eensgezind, denk ik, in onze bijdragen hier, dus dat is heel mooi. Ik skip daarom wat dingen en zal ze niet dubbel doen, maar ik wil wel even iets raken waar mevrouw Ellemeet net ook iets over zei.

In de nota wordt aangegeven dat het heel belangrijk is om, naast het verschil tussen mannen en vrouwen, ook te kijken naar culturele achtergrond en naar sociaaleconomische situatie, want ook die bepalen de kwaliteit van leven van mensen en ook daarbij spelen sekse- en genderverschillen een grote rol. Ik ben ook van mening dat hier meer kennis over moet komen, als het gaat over zorg en preventie. Ik ben heel benieuwd hoe de initiatiefnemer daarover denkt.

Op het risico af dat ik op de allergielijn van mevrouw Kuiken ga zitten: ik denk toch dat we het hier met elkaar zouden moeten hebben over de beste zorg voor elke individuele patiënt. We moeten kijken naar effectieve zorg die aansluit bij fysieke kenmerken, achtergrond en voorkeuren in het leven van elke individuele patiënt. Dus niet alleen het verschil tussen mannen en vrouwen, maar ook de culturele verschillen en het geboorteland kunnen een heel grote invloed hebben op de gezondheid van mensen en vaak zelfs op de kans om een aandoening te krijgen. U had mooie voorbeelden genoemd in uw nota. Ik heb er ook een paar opgezocht op dit vlak. Bijvoorbeeld het risico op HPV-gerelateerde baarmoederhalskanker is onder Surinaams-Nederlandse vrouwen 1,8 keer zo groot als onder autochtone Nederlandse vrouwen. Rokers met een Afrikaanse achtergrond hebben, vergeleken met andere groepen, een veel grotere kans op longkanker bij dezelfde hoeveelheid sigaretten. Maagkanker gerelateerd aan een HP-infectie komt vaker voor bij migranten in Nederland, bijvoorbeeld bij Turken. En bijvoorbeeld voor dikkedarm-, prostaat-, slokdarm- en borstkanker is aangetoond dat patiënten met een hoge sociaaleconomische status langer overleven dan patiënten met een lage sociaaleconomische status. Sterker nog, zij krijgen vaak ingrijpendere, betere behandelingen gericht op genezing.

Voorzitter. Ik had niet heel veel tijd, dus ik wil afronden. Ik wil aan de Minister vragen of hij herkent wat ik hier aangeef. Ik zag hem net al knikken. Zo ja, wat zijn de plannen van de Minister om hier proactief mee aan de gang te gaan? Hoe denkt hij de culturele achtergrond en sociaaleconomische situatie van mensen prominenter mee te nemen in preventie, opleiding, diagnose en behandeling?

Dank u wel, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Den Haan. De Minister en de initiatiefnemer gaan zich voorbereiden op de beantwoording van de vragen. Daarvoor hebben we een kwartier afgesproken, tenzij het anders moet.

**Minister Kuipers:**

We moeten wel heen en weer lopen, en dat vraagt al vijf minuten naar waar mijn mensen zitten.

**De voorzitter:**

Twintig minuten? Dat lijkt mij uitstekend. Dan zijn we om 15.30 uur weer terug.

De vergadering wordt van 15.11 uur tot 15.35 uur geschorst.

**De voorzitter:**

Goedemiddag, collega's. Ik wil graag weer verdergaan met het notaoverleg. Ik geef graag het woord aan de initiatiefnemer, mevrouw Ploumen.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Voorzitter, dank u wel. Allereerst dank aan de collega's voor alle waardevolle woorden, maar zeker ook voor hun inzet om de nota te bestuderen en om vragen, opmerkingen en suggesties te leveren. Dank ook aan de medewerkers van de Partij van de Arbeidfractie die met mij hieraan gewerkt hebben, en dank aan de organisaties, artsen en patiënten die hier al jarenlang mee bezig zijn en zich laten horen, bijvoorbeeld gisteren nog in de uitzending van Pointer bij de KRO.

Voorzitter. Ik ga de vragen van de collega's beantwoorden. Een aantal vragen zijn voor de Minister. Die leg ik ook op zijn bordje. Ik zeg maar alvast: de vragen van mevrouw Ellemeet over het onderzoek waarover we allemaal konden lezen in The Guardian leg ik bijvoorbeeld even bij de Minister neer. Ik zeg nog even tegen haar: het is niet alleen zo dat vrouwen vaker komen te overlijden op de operatietafel, aldus dat onderzoek; het is ook zo dat vrouwen vaker komen te overlijden als de chirurg een man is. Dat lijkt mij iets wat echt wel nader onderzoek behoeft en iets om niet meteen conclusies aan te verbinden. De Minister gaat daar ongetwijfeld op in.

Voorzitter. De collega's hebben gezegd dat er heel veel voorstellen in de nota staan. Dat is ook zo. Je kan het maar één keer doen. Dan moet je er vooral geen spijt van krijgen dat je een goed voorstel vergeten bent. Tegelijkertijd begrijp ik ook de vraag: wat zijn nou de hoofdpunten, de prioriteiten? Ik ga er vier noemen. De nota beoogt – dit krijgen we ook terug van de experts – dat sekse- en genderverschillen structureel worden opgenomen als aandachtspunt in elk curriculum in de medische opleidingen en het medisch onderwijs.

Twee. Bij onderzoek zijn er eigenlijk twee prioriteiten. Ten eerste is er meer onderzoek nodig. Ik ga daar straks nog iets over zeggen, mede naar aanleiding van de evaluatie van het ZonMw-programma. Er is dus meer onderzoek nodig. Er is ook meer onderzoek nodig naar wat er nu wordt gedaan met de resultaten en de kennis die we al hebben. Een van de problemen die signaleerd worden, is dat er weliswaar meer kennis is dan 20, 30 jaar geleden, maar dat die kennis niet altijd terechtkomt in het onderwijscurriculum of in protocollen en richtlijnen.

Drie. In de klinische praktijk zou ik ervoor willen pleiten dat wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten actiever betrokken zouden kunnen en moeten worden – daar kan de Minister hopelijk ook nog iets over zeggen – maar ook dat er meer aandacht voor is in de publieksvoorlichting, zodat mensen er zelf ook naar kunnen vragen en zich kunnen voorbereiden.

Voorzitter. Tot slot heeft de farmaceutische industrie een belangrijke rol. Zij zijn degenen die met gebruikmaking van wetenschappelijke kennis medicijnen ontwikkelen en aanbevelingen doen voor doses. De heer Rudmer Heerema zei daar ook al een aantal verstandige dingen over. De geneesmiddelenindustrie zou wat ons betreft een fonds moeten instellen waarmee er binnen geneesmiddelenontwikkeling structureel aandacht kan zijn voor sekse- en genderspecifieke aspecten. Die kunnen samenhangen met doseringen of met de aard van aandoeeningen. Nogmaals, daar zijn al een aantal suggesties voor gegeven.

Mevrouw Ellemeet en de collega van D66 vroegen beiden hetzelfde, ietwat langs een andere route. Mevrouw Ellemeet zei: goh, de indiener is er al langer mee bezig; wat is er nu eigenlijk gebeurd? De collega van D66 vroeg of er niet al heel veel is gedaan. Sinds midden jaren negentig, toen dit onderwerp meer op de agenda kwam, zijn er grote stappen gezet. Het feit dat er een onderzoeksprogramma is dat geëvalueerd kan worden, is een grote stap vooruit. Het feit dat er nu inmiddels toch in bredere kring bekend is dat het vrouwenhart anders is dan het mannenhart, is echt een grote stap. Het feit dat er binnen medische opleidingen aandacht is voor sekse- en genderverschillen, daar zit echt vooruitgang in. Tegelijkertijd hoorde ik in gesprekken met medisch specialisten, met voorvechters van deze benadering, soms ook een beetje vermoeidheid in hun stem opkomen, omdat zij zeiden: het moet niet alleen maar van een aantal pioniers blijven afhangen en het moet niet alleen maar goed gaan omdat we er aandacht voor vragen; eigenlijk moet het vanzelfsprekend worden. Dat is het antwoord op de vraag. Er is méér aandacht voor, er is méér kennis over, maar de vanzelfsprekendheid is er eigenlijk nog steeds niet. Dat geldt ook voor de vanzelfsprekendheid waarmee bijvoorbeeld mensen met een etnische achtergrond die aanvullend is op hun Nederlandse achtergrond ... Weten we daar voldoende van? Weten we al voldoende van hoe mensen met verschillende sociaaleconomische posities hun gezondheid beleven? We weten dat mensen die armer zijn, eerder sterven, zelfs in een rijk land als Nederland. Maar wat dat betekent voor de behandeling, daar kunnen we echt nog stappen in zetten. Ik ga ervan uit dat ook de Minister daar zo nog iets over zal gaan zeggen.

**De voorzitter:**

Mevrouw Paulusma heeft daar nog een vraag over.

**Mevrouw Paulusma (D66):**

Ja, ik wil een kleine nuance aanbrengen. Ik hoor mevrouw Ploumen namelijk zeggen dat ik in mijn woordvoering zei dat er al heel veel is gedaan. Ik zei: in de brief van de Minister schrijft hij op dat er al veel gedaan is. Toen vroeg ik wat u daarvan vindt. Daarin proeft u wellicht ook wel wat ik daarvan vind.

**Mevrouw Ploumen (PvdA):**

Dank u wel voor die vraag, mevrouw Paulusma. Ik aarzel nu of ik dit heel diplomatiek ga beantwoorden, of maar gewoon recht voor z'n raap. Ik kies voor het laatste. Wat mij echt tegenviel in de brief van de Minister, is dat er zo weinig urgentie uit sprak en zo weinig begrip voor en aanvaarding van het feit dat de Minister een rol heeft. De reactie was enerzijds «het gebeurt al» en anderzijds «ik ga er niet over» en ten derde «ja, maar we doen toch best al wat». Mevrouw Paulusma en ik vinden elkaar wel in het feit dat er, gelet op wat ik net schetste over wat er de afgelopen decennia is gebeurd, wel nood is – zoals de Belgen zeggen – aan een ambassadeur, niet alleen een ambassadeur die behandelaar of ervaringsdeskundige is, maar een ambassadeur met politieke en beleidsmatige invloed. Dat is wat mij betreft de Minister. Natuurlijk dank aan de Minister en de medewerkers voor de zorgvuldige beantwoording, maar dat wil niet zeggen dat ik daar tevreden mee ben.

Voorzitter. De heer Heerema vroeg: wat is nou eigenlijk gendersensitieve zorg en wat is seksspecifieke zorg? In de nota wordt dat aangeduid, maar ik dank hem voor de gelegenheid om dit nader toe te lichten. Dan is het ook goed om iets te zeggen over hoe dat geheel zich verhoudt tot persoonsgerichte zorg, waar een aantal van u ook over spraken. Bij gendersensitieve zorg is er naast aandacht voor de biologische kenmerken van de verschillende seksen ook aandacht voor de meer sociaal geconstrueerde rollen en gedrag. Dat maakt dat er een compleet beeld is van heel de mens. Heel de mens moet de beste zorg krijgen; ik



denk dat we het daarover eens zijn. Een aantal van u zei het al: in de ontwikkeling van de geneeskunde en overigens ook op andere terreinen – ik verwijs gemakshalve nog maar even naar de uitzending van 8 maart van Arjen Lubach, waarin Janine Abbring het goed samenvatte – is de witte man heel vaak de norm. Dat betekent dat we moeten constateren dat je, als je zelf niet die norm bent, bijvoorbeeld niet de beste zorg krijgt die nodig is. En daarom is het van belang om ook in te zoomen op genderspecifieke en seksspecifieke en soms ook persoonspecifieke of etnische-achtergrondspecifieke kenmerken, juist omdat die norm nog niet vanzelf inclusief is. Mijn overtuiging is dat de beste persoonsgerichte zorg alleen maar mogelijk is als de norm ook heel inclusief wordt, en daar zijn we nog niet.

Verschillende sprekers noemden voorbeelden zoals vitaminebehoefte, maar het is ook bij de ggz aan de orde. Meisjes met ADHD vindt men vaak praatgraag en dat is minder lastig dan jongens die moeilijk stil kunnen blijven zitten. Maar daardoor krijgen ze misschien alle twee niet de goede zorg. Bij mannen worden depressieve klachten nogal eens gemaskeerd door verslavingsproblematiek. Dan wordt wel die verslaving aangepakt, maar niet de achterliggende oorzaak. Ook dan krijgen zij niet de zorg die nodig is. In mijn optiek kan persoonsgerichte zorg, waar nu veel over wordt gesproken, alleen maar baat hebben bij ook meer inzoomen op de specifieke gender- en sekseverschillen.

Voorzitter. Ik zoom nog even in op een aantal aspecten van onderzoek naar en aandacht voor gender- en seksspecifieke zorg. Ik zei net al: de norm is nog steeds de witte man van 1.78 meter, geloof ik. O, inmiddels 1.84, kun je nagaan. Dat betekent dat er een cultuuromslag nodig is, maar dat moet een geïnformeerde cultuuromslag zijn. Dat maakt dat onderzoek zo belangrijk is. Daarom is het zo jammer dat de financiering van de specifieke taakopdracht Gender en Gezondheid van ZonMw in 2023 ophoudt.

Die taakopdracht en dat kennisprogramma zijn ook geëvalueerd. Ik wil kort drie conclusies met uw Kamer delen, omdat dat helpt in de beeldvorming van wat er nu nog meer moet gebeuren. In die evaluatie staat dat er nog steeds belangrijke kennislacunes zijn, één. Weliswaar is het inzicht vergroot maar er is nog steeds een kennisachterstand. Ook rond behandeling, bejegening en communicatie zijn er echt nog wel stappen te zetten. Er is behoefte aan verdere borging van wat onderzoek heeft opgeleverd. De resultaten liggen er, maar komen ze wel in de spreekkamer aan? Drie. Internationaal loopt Nederland hierin overigens niet voorop, maar is er wel veel aandacht voor en daar moet Nederland ook een bijdrage aan blijven leveren. We moeten ook kunnen blijven profiteren van die internationale kennis; inderdaad van de tabellen en statistieken die uit onderzoek komen naar de spreekkamer, zodat alle patiënten daarvan kunnen profiteren.

Voorzitter. Er zijn een aantal vragen gesteld over de rol van de Minister. Hoe zie ik als indiener die rol? Het allerbelangrijkste is volgens mij om handen en voeten te geven aan mijn oproep dat gender- en seksspecifieke zorg een ambassadeur nodig heeft. Dat ben je al snel als je een paar waarderende woorden spreekt, maar het gaat erom – dat voorstel doe ik ook in de nota – dat de Minister van VWS een coördinerende rol moet krijgen. Uw Kamer zei terecht dat de collega-Minister van OCW er een rol in heeft, net als de Minister van VWS zelf, de wetenschappelijke wereld en de beroepsverenigingen. Als je kijkt naar waar nu behoefte aan is, dan is het een Minister van VWS die coördineert en dat betekent zoveel als ook echt toezien op uitvoering van aanbevelingen en echt toezien op het doorvertalen van onderzoeksresultaten in protocollen en richtlijnen. En ik weet dat de Minister dan gaat zeggen: ja, maar daar gaat de beroepsvereniging zelf over. Ja, inderdaad, over hoe die protocollen en richtlijnen eruitzien. Maar de Minister van VWS zal wat mij betreft zeker een rol hebben in het bevorderen dat die beroepsverenigingen daar ook mee aan



de slag gaan. Daar is echt winst in te behalen, en dat maakt ook dat de verantwoordelijkheid daarvoor dan niet alleen bij die pioniers ligt en niet alleen maar bij, in dit geval, vrouwen zelf die dit in de spreekkamer moeten opbrengen.

Daar komt ook bij dat er specifieke onderzoeksprogramma's nodig zijn, zoals de evaluatie ook concludeert. En dan zeg ik in antwoord op de vraag van de heer Heerema: van die nieuwe taakopdracht Gender en Gezondheid kan je zeggen «nou, dat is toch goed, dat is vooruitgang». Tegelijkertijd zet ik daar wel echt een forse kanttekening bij, want je kunt zeggen «het is goed als genderspecifieke zorg wordt meegenomen in alle programma's», maar tegelijkertijd concluderen experts dat we daar eigenlijk nog niet aan toe zijn, dat er ook een apart programma moet zijn dat daarop let en kan inzoomen. En laat nou van dat aparte programma de financiering in 2023 aflopen. Mevrouw Paulusma zei terecht: samen met mevrouw Bergkamp hebben we die met een meerderheid erbij gekregen. Maar we zouden die eigenlijk tekortdoen als we het daarbij zouden laten en nu al over zouden gaan tot wat «mainstreaming» heet.

**De voorzitter:**

Toch een vraag van de heer Heerema.

**De heer Rudmer Heerema (VVD):**

Ja, voorzitter. Die vraag gaat een eerder stukje terug in de tekst, waarin mevrouw Ploumen aangaf dat de Minister die coördinerende rol op zich zou moeten nemen. Mevrouw Ploumen verwijst dan naar de protocollen, naar de richtlijnen, naar de beroepsvereniging om op in te zetten voor de Minister om te zorgen dat er op de werkvloer – als ik het zo goed snap – de verandering plaatsvindt. Op het moment dat wij de Minister een coördinerende rol geven, is hij daarop wat mij betreft afrekenbaar, dus dan moeten wij daar ook iets kunnen doen. Maar daar zit voor mij wel een moeilijkheid, want waar kunnen wij de Minister dan in praktische zin op afrekenen, op het moment dat wij hem die coördinerende rol zouden geven? Want wat verandert er in de praktijk? Hoe kan hij vanuit zijn positie dat doorvertalen naar die spreekkamer van de huisarts, waardoor de mensen, vrouwen, beter geholpen worden? Dit probeer ik nog even te zoeken. Heeft u daar misschien iets meer uitleg bij?

**Mevrouw Ploumen (PvdA):**

Het is misschien goed om die coördinerende rol even uit te splitsen naar de twee hoofdlijnen. De ene is coördinerend als het gaat om onderwijs, dus richting de Minister van OCW. De andere grote lijn gaat over hoe zich dat nu vertaalt in de spreekkamer. Volgens mij is dat vrij eenvoudig te doen. Ik doe daar ook al een aantal voorstellen voor. Op het moment dat beroepsverenigingen, gebruikmakend van onderzoek dat nu beschikbaar is, overgaan tot het opnemen van deze specifieke aandachtspunten in protocollen en richtlijnen, dan is dat vrij digitaal; dat is ja of nee. Ik zou daar echt wel een pleidooi voor willen houden. En dat pleidooi durf ik te houden, omdat onderzoek aantoont dat dat leidt tot betere zorg. Het is dus niet een persoonlijke opvatting – en dat suggereer ik ook niet, hoor, via de voorzitter – van mensen die hier zitten. Nee, onderzoek toont aan dat dat tot betere zorg leidt. En we concluderen, helaas, dat een deel van dat onderzoek niet vertaald wordt in praktische richtlijnen. Stelt u zich eens voor hoe dat zou zijn bij andere behandelingen, waarvan iedereen denkt: hé, wat gek, waarom komt dat niet in de spreekkamer terecht? Dus wat mij betreft is dat gewoon onderdeel van – laten we zeggen – de opdracht die de Minister heeft.

Voor opleidingen geldt eigenlijk hetzelfde. Er is een zekere verantwoordelijkheid om ervoor te zorgen dat opleidingen ook voldoen aan de laatste inzichten. Zonder dat de Minister nu de collegedictaten moet gaan schrijven, is er natuurlijk wel een belang, ook van de overheid, om ervoor

te zorgen dat opleidingen voldoen aan de laatste inzichten. Dat laatste, goede afspraken maken met de Minister van OCW, moet volgens mij prima kunnen. Er zijn overigens meer coördinerende Ministers op allerlei terreinen in de ministerraad. Wat betreft die beroepsverenigingen lijkt het mij dat je er prima afspraken over kunt maken zonder dat je precies hoeft voor te schrijven hoe zo'n richtlijn er dan uit moet zien. Wij hoeven namelijk niet in die spreekkamer te gaan zitten.

**De voorzitter:**

Er is nog een vraag van mevrouw Ellemeet.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Die sluit aan op de vraag van de heer Heerema. Mevrouw Ploumen zegt terecht dat de Minister meer de rol van ambassadeur op zich moet nemen. Als ambassadeur coördineer je niet alleen maar agendeer je ook. Als je iets politiek aandacht geeft, groeit het. Daar begint het denk ik mee. Om het heel concreet te maken: er is een werkgroep gender bij de beroepsvereniging van cardiologen, maar zo'n werkgroep is er nog helemaal niet bij andere beroepsverenigingen, voor zover ik weet. Dat is natuurlijk ook iets wat aandacht gegeven kan worden door de Minister. Verstaat mevrouw Ploumen dat er dus ook onder, in de zin dat het dus niet alleen gaat over coördineren maar ook over agenderen, het op de agenda zetten?

**Mevrouw Ploumen (PvdA):**

Ja, zeker. Vanuit het veld en van de experts horen we ook dat er grote behoefte is aan een dergelijke rol. De Minister is natuurlijk regelmatig in gesprek met alle beroepsverenigingen. We spreken de Minister ook al aan op andere manieren om in gesprek te gaan; ik kan mij herinneren dat we dat al eens eerder rondom andere aandoeningen hebben gedaan. De experts zeggen ook dat er echt meer dwingende afspraken moeten komen omdat het anders niet gebeurt, aangezien het anders de afgelopen tien tot vijftien jaar al was gebeurd. Het is dus goed als de Minister aangeeft hoe hij die rol zou kunnen invullen.

Mevrouw Ellemeet heeft gevraagd of vrouwen nu te weinig meegenomen worden in de clinical trials. Dat zegt denk ik ook wel iets over de wijze waarop de vraag van mevrouw Paulusma beantwoord kan worden rondom long covid en post-covid. De boodschap die vrouwen krijgen als ze met klachten bij de arts komen, komt mij maar al te bekend voor. Dat geldt ook waar het gaat om andere aandoeningen waarbij de wetenschap nog zoekende is naar de oorzaak. Dan zijn er de standaardadviezen die vrouwen krijgen. Ook daarvan horen we dat vrouwen dan aan zichzelf gaan twijfelen en denken: ik ben misschien toch eigenlijk een zeurpiet en, inderdaad, ik heb het ook wel een beetje druk. Het is dan ook ontzettend belangrijk dat vrouwen worden meegenomen in die clinical trials voor geneesmiddelen maar ook breder en heel specifiek waar het gaat om onderzoek. Dus dat pleidooi van mevrouw Paulusma zou ik alleen maar willen onderschrijven.

Gevraagd is hoe vrouwen meer kunnen worden meegenomen in de trials. In de nota doe ik een aantal voorstellen daarvoor. Inderdaad alleen maar subsidiëren als er ook nadrukkelijk sekse- en genderverschillen in het onderzoeksvoorstel staan. De Hartstichting bijvoorbeeld doet dat al. Gisteren hoorden we ZonMw nog in Pointer zeggen dat ze er wel aandacht voor hebben maar dat het allemaal niet zo'n vaart zal lopen. Ik zou ZonMw dan ook willen oproepen om het dus wel te doen. Daarnaast kan de Minister er in Europees verband op aandringen dat wat betreft al het geneesmiddelenonderzoek de beschikbare informatie over gender- en sekseverschillen wordt opgenomen in het European Public Assessment Report.

Ik noem even een paar voorbeelden van hoe dat kan. Het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen kan de beschikbare informatie over sekse- en genderverschillen bij geneesmiddelenonderzoek als voorwaarde voor toelating op de Nederlandse markt opnemen. In het Farmacotherapeutisch Kompas wordt, waar relevant, het verschil in werking en bijwerking van geneesmiddelen bij mannen en bij vrouwen vermeld. De fabrikanten van geneesmiddelen, waarvan een sekseverschil in werking wetenschappelijk is aangetoond en waarbij bijvoorbeeld een groep gebruikers meer risico loopt, zouden moeten worden verplicht om een waarschuwing op de verpakking aan te brengen. Zo zijn er verschillende manieren. De Minister heeft verschillende instrumenten om die aanbevelingen handen en voeten te geven.

Voorzitter. Ik kom nu specifiek op de vragen van mevrouw Den Haan; ik zei er net al wat over. U heeft gelijk. Alle kenmerken van mensen die met klachten en met aandoeningen bij artsen komen, verdienen het om onderdeel van de norm te zijn. In deze nota heb ik specifiek ingezoomd op gender- en sekseverschillen. Mevrouw Den Haan heeft er gelijk in dat het breder is. Mevrouw Paulusma had het daar ook al over. Laten we hopen dat de aandacht die er nu is voor gender- en seksespecifieke kenmerken als vanzelfsprekend ertoe gaat leiden dat de zorg voor iedereen inclusiever wordt. Want dan – dat zijn mijn laatste woorden, voorzitter – wordt die persoonsgerichte zorg pas echt optimaal. Tot zover.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank, mevrouw Ploumen. Dan geef ik graag het woord aan Minister Kuipers.

**Minister Kuipers:**

Dank u wel, voorzitter. Ik krijg net mijn laatste mapjes overhandigd, maar het komt helemaal goed. Ik wil beginnen met een dankwoord aan mevrouw Ploumen, mevrouw Bergkamp en de medewerkers. Met hun initiatiefnota over de noodzaak voor gendersensitieve zorg «Ongelijke behandeling is betere zorg» vragen zij terecht aandacht voor een aantal belangrijke thema's in de zorg. Ze leveren daarbij uitstekende suggesties en stellingen. Mijn voorganger heeft op 6 oktober van het afgelopen jaar schriftelijk gereageerd op de initiatiefnota. Er is al even aan gerefereerd. Het is goed dat wij er vandaag verder over spreken. Zoiets vergt een lang doorlooptraject, weet ik ondertussen. Dat heb ik ook hier weer gezien. Maar dat maakt het niet minder belangrijk. Zo'n doorlooptraject is geen reflectie van dat het niet relevant is.

We hebben vorige week stilgestaan bij het komende meerjarenbeleid van mijn ministerie. Een belangrijk item dat ik heb benoemd, is dat iedereen passende zorg moet ontvangen. Dat wil zeggen: zorg die bijdraagt aan de kwaliteit van leven en het functioneren van een patiënt. Daarbij gaat het om sekse, gender, leeftijd, diversiteit, etniciteit en gezondheidsvaardigheden. Zorg moet optimaal toegespitst zijn op het individu. Ik kijk naar mevrouw Kuiken omdat zij daar iets over zei, maar ik bedoel daar helemaal niet mee dat we het verpakken, verbloemen en onder de mat schuiven van persoonsgerichte zorg. Gender is namelijk een ontzettend belangrijk aspect van gezondheid, van de kans op ziekte, van de reactie op medicatie et cetera. Als het gaat om persoonsgerichte zorg, dan kun je bijna zeggen dat gender het eerste item is dat je moet meenemen, naast veel andere aspecten die we niet moeten vergeten. Zoals u mij vorige week al hebt horen beargumenteren is de algemene gedachte dat de kwaliteit van zorg in Nederland uitstekend is. Toch durf ik helaas te zeggen – als je kijkt naar onze uitgangssituatie – dat de kwaliteit niet goed genoeg is. Ik zal daar in de komende periode bij herhaling op terugkomen. Het is ook het onderwerp dat hier terugkomt. Het is niet goed genoeg. Dat vertaalt zich op allerlei punten in verschillen tussen mannen en vrouwen.

Sommige voorbeelden zijn al genoemd. Ik zal er, voor het evenwicht, twee noemen.

Het eerste voorbeeld is te zien bij hartklachten en hartinfarcten. Klassieke symptomen, zoals jarenlang onderwezen en beschreven in de medische literatuur, komen met name voor bij mannen. Vrouwen met een hartinfarct, zo weten we ondertussen, presenteren zich anders, namelijk minder vaak met de klassieke symptomen. Dat leidt regelmatig tot slechtere zorg, tot latere herkenning en dus tot meer blijvende schade. Het is dus van groot belang dat artsen leren van deze verschillen en dat ze er in de praktijk ook rekening mee houden. Zonder dat ik het nu in maat en getal kan benoemen, denk ik dat de inzet die we daar in de afgelopen jaren op gericht hebben ook al leidt tot veranderingen in de praktijk. Dat moet nog verder. Dat is het eerste voorbeeld.

Een ander voorbeeld betreft de bevolkingsonderzoeken. Als we kijken naar genderschillen of sekseverschillen bij bevolkingsonderzoek, dan zien we dat vrouwen, als het gaat om bevolkingsonderzoek voor kanker, uitgenodigd worden voor drie verschillende onderzoeken. Mannen voor één. Juist voor die ene ziekte geldt dat het risico op het krijgen ervan – darmkanker in dit geval – en ook het risico op sterfte aan die ziekte beduidend hoger is bij mannen dan bij vrouwen. Desalniettemin benaderen wij ze op precies dezelfde manier. Dat is iets waarvan je kunt zeggen: als je het juist benadert, dan moet je sterk overwegen – dat is ook een internationale discussie – of je dat niet op een andere manier zou moeten doen.

Ik zie dat hier in het wetenschappelijk onderzoek steeds meer aandacht voor komt en dat zorgprofessionals dit ook toepassen in de praktijk, maar dat er een belangrijke verdere slag nodig is. Het is dus goed dat we daarover van gedachten wisselen. We hebben het veel gehad over ZonMw, een door de overheid geïnitieerd onderzoek, maar mevrouw Ploumen noemt terecht – en ik onderschrijf dat helemaal – dat dit ook iets is om onder de aandacht te brengen bij andere fondsen. Dat kan EU-gerelateerd zijn, maar het kan ook een Hartstichting zijn, een KWF of iets anders, juist omdat hier nog zo veel impact te krijgen is.

Ik zal kort even ingaan op de beweging die in gang is gezet op het onderzoek naar de richtlijnen voor behandelingen in de opleidingen. Ik begin bij het onderzoek en kom zo meteen nog specifiek terug op de vragen. De initiatiefnota vraagt om een grotere inzet met betrekking tot het verzamelen van relevante informatie over sekse- en genderverschillen in de zorg, zoals via het programma Gender en Gezondheid van ZonMw. Ik onderschrijf dat verzamelen van informatie sterk, omdat het kan leiden tot betere zorg. Het ZonMw-programma heeft daar in het afgelopen jaren een belangrijke bijdrage aan geleverd. Maar zoals gezegd, dat gebeurt op veel andere punten ook.

Ik kijk naar de fondsen. Ik heb zelf in het verleden zaken gedaan met KWF en de Maag Lever Darm Stichting. Op veel van die punten is nadrukkelijk aandacht, naast andere factoren, voor de impact van gender op wat medicatie doet, op het voorkomen van ziekte, op behandelingen, en, zoals ik al noemde, op bevolkingsonderzoek.

In de nieuwe taakopdracht Gender en Onderzoek aan ZonMw, welke ik op 8 maart verstuurd heb, is het stimuleren van duurzame aandacht voor en integratie van sekse en gender in onderzoek en onderzoeksprogrammering verder geborgd. Daarbij is bewust gekozen voor een nieuwe opzet in het onderzoeksprogramma. Immers, als het gaat om beroepsgroepen en aandacht in opleidingen en richtlijnen – dat zegt u terecht ook al een aantal keren – zou dit eigenlijk een veel breder onderwerp moeten zijn dan heel specifiek vervat in een aantal onderzoeken. Ik zal zo meteen nog terugkomen op de onderzoeken uit de afgelopen periode. Wij willen juist een beweging met een zo breed mogelijk bereik. Dat betekent ook dat in de taakopdracht aan ZonMw is gevraagd om de ontwikkelingen rondom sekse en gender in gezondheidsonderzoek actief te stimuleren en de

verdere inbedding hiervan in wetenschappelijk onderzoek te bewerkstelligen. Een voorbeeld: op dit moment is er aandacht voor dit thema binnen het jeugddomein door middel van het opzetten van een subsidieoproep voor onderzoekers, met als inzet een brede verankering van sekse en gender in de onderzoeksprogrammering jeugd.

Ten aanzien van de richtlijnen is het van belang dat de opgedane kennis ook wordt vertaald in richtlijnen. Dat doen we in Nederlandse richtlijnen, maar dat kunnen Nederlandse artsen en onderzoekers met hun Europese en internationale counterparts ook internationaal doen, zodat kennis snel gemeengoed wordt en de kwaliteit van zorg beïnvloedt. De professionele beroepsgroepen en wetenschappelijke verenigingen zijn in principe zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg en het ontwikkelen van richtlijnen. Ik hoor dan mevrouw Ploumen al zeggen, en ik heb het met hoofdletters opgeschreven: ambassadeur nodig. Die ambassadeur wil ik van harte zijn door daarover in gesprek te gaan, het te bevorderen, het te agenderen en te kijken of het vervolgens ook gebeurt. Ik ben ervan overtuigd dat dat lang niet altijd voldoende gebeurt. Dat raakt ook weer aan wat ik al zei, namelijk dat de kwaliteit van de zorg in Nederland echt beter kan. Het is dan vervolgens aan de inspectie om erop toe te zien dat de richtlijnen ook goed worden nageleefd.

**De voorzitter:**

Dat is aanleiding voor een vraag van mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik zag allerlei instemmend geknik bij het ambassadeurschap van de Minister. Ik hoorde de Minister spreken over richtlijnen, opgedane kennis en gemeengoed. Nou komen wij een beetje uit dezelfde wereld. Ik weet dat dit ook houding en gedrag is. Vrouwen zeggen vaak dat ze niet serieus worden genomen – ik benoemde dat ook in mijn woordvoering – maar ik weet dat dit in het zorglandschap soms wel gemeengoed is voor de manier waarop we met elkaar omgaan. Ik vroeg me af – maar dat is een beetje lastig te vatten of in te kaderen als Minister – of de Minister ook ambassadeur is op dat vlak.

**Minister Kuipers:**

Het antwoord is «ja». Dan komt het aan op het naleven, maar ook op opleiding. Veel van dit soort zaken begint op het moment dat je het agendeert in een opleiding. Dat geldt niet alleen voor degenen die opgeleid worden, maar ook voor de opleiders. Dan raakt het ingebed in de cultuur. Ik zie mevrouw Paulusma knikken. Wij kennen dat allebei. Ook in de opleidingen moet daar aandacht voor zijn. Zoals u weet, ga ik daar zelf niet rechtstreeks over. Maar dat is geen ontwijkend antwoord, want ook dit kan wel degelijk onderdeel zijn van hetzelfde gesprek met de betreffende beroepsgroep.

**De voorzitter:**

Mevrouw Kuiken en daarna meneer Heerema.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Dat klinkt al goed: ambassadeurschap en toezien op. Maar welke rol ziet de Minister voor zich en op welke wijze denkt hij de Kamer daarin mee te nemen? Wat je aandacht geeft en aanjaagt, groeit, zei mevrouw Ellemeet heel terecht. Ik ben niet op zoek naar een soort genderrapportage, maar het lijkt me wel handig dat we een vorm vinden om dit terug te laten komen, bijvoorbeeld bij de begrotingsbehandeling of op een ander logisch moment. Mijn ervaring is dat dat ook helpt.

**Minister Kuipers:**

Ja, dat was ook mijn eerste antwoord. Dat kan bij een begrotingsbehandeling terugkomen. Uiteraard kan het ook terugkomen in verslaglegging, bijvoorbeeld als het gaat om de evaluatie van onderzoek.

De heer **Rudmer Heerema** (VVD):

Ik heb een verhelderende vraag. De Minister ging daar vrij snel overheen of ik begreep het niet snel genoeg, want dat kan natuurlijk ook. De Minister gaf aan dat er onderzoeken zijn naar gender en jeugd, waarvoor aanvullende subsidies worden gezocht. Mevrouw Ellemeet heeft al aangegeven dat er nog andere genderdiversiteitsonderzoeken op de plank liggen. Bent u van plan hetzelfde systeem te hanteren voor de onderzoeken die nog op de plank liggen of ziet dit specifiek toe op de onderzoeksopdracht gender en jeugd?

Minister **Kuipers**:

Dat laatste. Dat was ook een van de vragen die voorbijkwamen. Dan kom ik bij de beantwoording van de vragen. Ik doe het even per mapje. Ik begin met een aantal vragen over genderbeleid algemeen. Mevrouw Paulusma gaf het belang van het onderwerp aan, ze gaf een aantal voorbeelden en ze refereerde aan de traumazorg. Daarbij is het zeker zo dat onder ouderen vaak laagenergetische ongevallen plaatsvinden. Het typische voorbeeld dat we bij de acute zorg genoemd hebben, is het vallen van de onderste traptree, wat tot ernstig letsel kan leiden, eens temeer bij vrouwen met ernstige botontkalking. Dan lijkt het een ongeval waarbij ogenschijnlijk niets aan de hand is, maar wat vervolgens toch een ernstig ongeval is.

U vroeg: moet er niet sprake zijn van veel meer gespecialiseerde en persoonsgerichte zorg? Dat sluit aan bij de antwoorden die ik al gaf. Ja, zorg moet meer persoonsgericht zijn. Zoals ik net in de inleidende tekst ook al heb gezegd, is geslacht daarbij om te beginnen een belangrijke factor. Er is er eentje die we nooit over het voetlicht brengen, wat volgens mij wel veel meer zou moeten gebeuren. Op het moment dat iemand bij een arts komt met specifieke klachten, dan kijken we uiteraard naar het geslacht en het medicijngebruik en dan vragen we naar de klachten, de voorgeschiedenis en de familie. Een item waar we nooit naar vragen maar wat ontzettend relevant is, is het geboortegewicht van een individu. Ik weet niet hoeveel mensen van ons het eigen geboortegewicht weten. Ik hoor mevrouw Kuiken «fors» zeggen. Dan zitten we erbij te lachen en dan zeg ik tegen mevrouw Kuiken: good for you. We weten uit onderzoek namelijk dat het geboortegewicht op oudere leeftijd een zeer belangrijke voorspellende factor is voor het optreden van hart- en vaatziekten en kanker. En we vragen er nooit naar. Dat is zomaar even een factor en niet bedoeld om het complexer te maken, zo zeg ik opnieuw. Dus tegen degenen die «fors» zeggen, zeg ik: good for you! Het mijne was heel laag, dus dat is een ander punt. Sorry voor deze zijstap, maar het is een zeer belangrijke factor.

Mevrouw Ellemeet vroeg naar een onderzoek over de sterftekans op de operatietafel. Ik moet helaas zeggen dat ik het betreffende onderzoek niet ken. Ik heb daar nu ook geen specifieke getallen over. Als u het onderzoek laat zien, dan kan ik het duiden, maar nu weet ik het niet. Evenmin weet ik of er een relatie is met de sekse van de betreffende chirurg of snijder. Ik ken het onderzoek niet.

De **voorzitter**:

Mevrouw Ellemeet, nog aanvullend.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik wilde alleen zeggen dat ik ervoor kan zorgen dat het uw kant op komt. Dan komt het bij een ander debat wel een keer aan bod, als u het onthoudt.



**Minister Kuipers:**

Ja. Ik wil het graag zien. De tweede vraag van mevrouw Ellemeet ging over het preferentiebeleid van zorgverzekeraars ten aanzien van cholesterolverlagingsmiddelen en het niet meewegen van het gendersverschil. Ook daar kan ik nu geen antwoord op geven. Daarop wil ik graag schriftelijk terugkomen. Dat moet ik echt even uitzoeken, want dat weet ik zo niet. Dan vroeg mevrouw Ellemeet tevens: wat is de laatste stand van zaken met betrekking tot gendersverschillen in klinisch onderzoek en het rapporteren van bijwerkingen? Na registratie worden geneesmiddelen gemonitord, waarbij ook sekseverschillen waarneembaar kunnen worden in de dagelijkse praktijk. Bij de beoordeling van bijwerkingen, zowel in klinisch onderzoek als in de klinische praktijk, wordt er ook gekeken naar eventuele genderspecifieke verschillen.

Mevrouw Ellemeet vroeg ook wat de postpartumdepressiecampagne heeft opgeleverd. Dit valt onder het programma Kansrijke Start en dus onder de portefeuille van de Staatssecretaris. Ik zal de vraag naar hem doorgeleiden en vragen of hij daarop wil reageren.

Mevrouw Den Haan zei: bij effectieve zorg is niet alleen het verschil tussen mannen en vrouwen relevant, maar ook verschillen met betrekking tot migratie, socio-economische verschillen en andere verschillen. Zij vroeg: herkent de Minister dat? Ja, dat herken ik wel degelijk. Ik gaf in de inleiding al iets aan en ik noemde zelf al één item dat de meeste mensen vaak niet in het vizier hebben. Dat was het geboortegewicht. Ik gaf er ook bij aan dat gender wel degelijk een heel belangrijk, bepalend verschil is. Het uitgangspunt is en blijft dat iedereen passende zorg moet krijgen. In het debat vorige week had de heer Kuzu nog een aanvullend punt. Dat ging over cultuursensitieve zorg, waarvan mijn collega, Minister Helder, zei dat ze daar apart op terugkomt.

Mevrouw Ellemeet vroeg of genderspecifieke zorg bij cardiologen...

**De voorzitter:**

Mevrouw Den Haan heeft nog een vraag.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

De Minister noemde de nota die is toegezegd aan mijn collega Kuzu. Ik heb vorige week in quarantaine inderdaad met veel plezier naar het hoofdlijnen debat gekeken. Dat was in ieder geval wat afleiding. Zou dit onderdeel daar ook in meegenomen kunnen worden?

**Minister Kuipers:**

Jazeker, dat kan.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Fijn, dank u wel.

**Minister Kuipers:**

Mevrouw Ellemeet vroeg naar de cardiologie en de genderspecifieke zorg. Hoe staat dat nu bij andere beroepsgroepen? Ik gaf al aan dat ik daar aandacht voor zal vragen. Ik had een separate vraag over beroepsgroepen die daar al mee bezig zijn, maar ik durf niet te zeggen welke dat precies zijn. Daar komen we op terug.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dat is fijn. Ik neem aan dat de Minister dit ook ziet als een onderdeel van zijn ambassadeursrol. Ik vul dat nu in, maar het is eigenlijk een vraag. Vindt de Minister dit ook belangrijk en vindt hij ook dat eigenlijk iedere beroepsgroep zo'n werkgroep gender zou moeten hebben?

**Minister Kuipers:**



Het is mooi dat mevrouw Ellemeet het al invult. Ik wil het graag bevestigen. Of zij dat dan invullen als een werkgroep, is echt aan de beroepsgroep zelf. Dat is aan hen. Belangrijk is dat daar aandacht voor is. Sommige doen het op verschillende manieren.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dat begrijp ik. Volgens mij moet die ruimte er ook zijn, maar het helpt wel als de Minister hierover in gesprek gaat met ze, van: vertel eens hoe jullie dat hebben georganiseerd. Anders loopt het toch weer weg.

Minister **Kuipers**:

Zeker. Absoluut. Het kan ook helpen om voorbeelden te noemen. We hebben het net gehad over de cardiologie. Het kan helpen om voorbeelden te noemen en aan te geven dat ik daar terecht vragen over heb gehad van uw Kamer. Ik refereer ook aan wat ik zelf al een aantal keren noemde, namelijk dat ik vind dat de kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland over de volle breedte nog verder gepromoot moet worden en dat dit daarbij kan helpen.

De **voorzitter**:

Mevrouw Ellemeet, nog een keer?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ten slotte. We zeggen: alles wat we aandacht geven, groeit. Dat geldt voor de Minister die aandacht geeft aan de beroepsgroep hierop, maar het helpt ook dat wij als Kamer de Minister hier scherp op houden. Dat is onze rol. Ik zit te zoeken naar hoe wij ervoor zorgen dat dit hier terug kan komen. Is dit een onderwerp waarvan de Minister zegt: dat neem ik eens in de zoveel tijd mee in een brief? Hoe zorgen we dat dit ook op onze politieke agenda blijft?

Minister **Kuipers**:

Er is over enige tijd een voortgangsdebat. Daarin kunnen we het daarover hebben. Dan zal ik nog niet met iedere beroepsgroep gesproken hebben, maar dan zijn we al wel verder. Ik zie mevrouw Ellemeet instemmend knikken. Goed.

Voorzitter. Dan kom ik bij de vragen over onderzoek. De heer Heerema vroeg om te beginnen naar de stand van zaken in de nieuwe gerichte subsidieronde ZonMw. Er is in het preventieprogramma in de afgelopen periode een aparte subsidieronde over dit onderwerp geweest. Ook dit jaar geldt dat nog. In 2023 gaat het volgende vierjaarlijkse preventieprogramma van start. ZonMw is gevraagd om te adviseren of hierin opnieuw aandacht aan gender besteed moet worden. ZonMw heeft geadviseerd om dat inderdaad als een van de thema's op te nemen en ik sta daar positief tegenover.

Dan vroeg mevrouw Paulusma: wil de Minister onderzoek naar het postcovidsyndroom ook genderspecifiek maken? Op dit moment worden door het RIVM en via ZonMw verschillende studies uitgevoerd naar aanhoudende klachten na COVID-19. Daarbij wordt onder andere gezocht naar ontstaanswijzen en naar risicofactoren. Daarbij wordt in bredere zin gelet op diversiteit onder patiënten, waaronder ook gender.

Mevrouw Kuiken vroeg: welke rol kunnen fabrikanten spelen bij geneesmiddelenonderzoek en is daar een fonds voor nodig? Welke rol kan de Minister daarin spelen? Er is veel aandacht voor sekse in geneesmiddelenonderzoek. Dat staat goed op het netvlies van de betrokkenen. In de richtlijnen voor geneesmiddelenonderzoek en -beoordeling staat beschreven dat effecten van geneesmiddelen in relevante subgroepen, waaronder sekse, moeten worden onderzocht en geëvalueerd. Ik zei zonet al iets over het verdere postmarketingvervolg ten aanzien van bijvoorbeeld bijwerkingen. Hetzelfde geldt voor de effectiviteit. Als er sprake is

van een verschillend effect, dan zien het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen en de EMA erop toe dat die informatie in de productinformatie en het openbare beoordelingsrapport beschikbaar is. Mevrouw Kuiken vroeg naar een aantal concrete voorbeelden van resultaten van het eerdere programma. Ik heb een hele hoop opgeschreven gekregen, maar zal een paar voorbeelden uit die lijst pakken. Er is kennis ontwikkeld op vijf projecten over preventie, een viertal over ontstaanswijzen, twee over behandeling en nog een aantal andere gericht op diagnostiek en beloop. Er is ook specifiek aandacht geweest voor implementatie in zowel de eerstelijns als de specialistische zorgpraktijk, bijvoorbeeld implementatie van een leidraad voor – coronair lijden, wil ik in slecht Nederlands zeggen – aderverkalking van het hart als risicofactor voor een hartinfarct.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Het is wel interessant, al die termen, ook die we niet per se kennen. Wij zaten net ook al: cut-off? Dat is nu ook aan ons standaardvocabulaire toegevoegd. Ik wil een opmerking maken, verpakt in een vraag. Kennis en implementatie van een richtlijn heeft nog niet daadwerkelijk effect. Waarom maak ik deze opmerking? Ik erken dat er steeds meer onderzoek wordt gedaan, maar het heeft natuurlijk pas effect als het daadwerkelijk leidt tot een andere behandeling, een andere zienswijze of een andere bejegening daar waar het plaatsvindt, van de huisarts, waar mevrouw Paulusma terecht op wees, tot de operatietafel. Ik vind deze voorbeelden wat dat betreft nog niet smart genoeg, om er nog meer leuk jeukjargon tegenaan te gooien. Ik wil daar nu geen ander antwoord op. Ik hoop alleen dat we met elkaar vaststellen dat we er daarmee nog niet zijn en dat we nog een wereld te winnen hebben op het moment dat de uitkomst nog is zoals die is en de verschillen nog zo groot zijn. Ik hoop dat de Minister dat met mij eens is, als hij wellicht later op een rustig moment deze antwoorden terugleest.

Minister **Kuipers**:

Daar ben ik het al mee eens. Daar hoeft ik de antwoorden later niet voor terug te lezen. Ik ben het er helemaal mee eens. Maar voordat je dit soort dingen ziet, ben je echt wel even verder. Als het bijvoorbeeld verwerkt is in een richtlijn, dan ben je een tijd verder als je wilt weten hoe de effectiviteit en de naleving van die richtlijn is. Dus zijn we er met de richtlijn? Dan komen we even opnieuw terug op dat ambassadeurschap. Kunnen we daarna de handen daarvan aftrekken en zeggen: laat het nu maar over? Nee, absoluut niet. Maar voordat je echt het effect ziet, ben je veel verder. Ik neem even enorm veel afstand van welke individuele ziekte ook, maar u kent de getallen. Het raakt eraan dat de zorg in Nederland uiteindelijk beter kan. Dat gaan we niet in de komende drie jaar zomaar al meten. Kijk bijvoorbeeld naar gezonde levensverwachtingen en daadwerkelijke levensverwachtingen in Nederland en vergelijk dat met het Europese gemiddelde. Dan moet je eigenlijk constateren dat we in ons land beter kunnen dan dat, gezien onze geografie, de hoeveelheid financiën die we bereid zijn uit te geven aan zorg en het feit dat het een publiek systeem is dat gebaseerd is op solidariteit. Dat is een heel complexe opgave. Dat gaat niet in twee of drie jaar, maar daar hoort dit bij uitstek bij.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Mag ik nog een verduidelijkende vraag stellen over iets wat de Minister al een tijdje geleden heeft gezegd? Ik zie allemaal mensen knikken. Soms moet ik er even over nadenken en dat is ook weleens goed in de politiek. Ik hoorde de Minister zeggen: het RIVM doet of neemt mee of heeft op een lijstje staan. Ik weet niet meer wat uw exacte woorden waren als het gaat om gender- en longcovidonderzoek. Ik zou daar graag wat meer over

willen horen, want dat zijn niet de signalen die ik krijg. Ik heb hier vorige week met uw collega ook een kleine discussie over gehad. Het onderzoek in Nederland staat eigenlijk nog in de kinderschoenen. Dus als gender daar nu al op nummer 1 staat, dan verrast u mij enorm, maar ik heb daar toch wat zorgen over.

**Minister Kuipers:**

Ik zei «neemt mee». Ik heb niet gezegd dat het op nummer 1 staat, maar dat het een van de factoren is. Ik ga aan het eind van de week nader in gesprek met het RIVM. Dat onderwerp zal dan ongetwijfeld voorbijkomen en anders zal ik het zelf agenderen. Ik kan niet zeggen op wat voor manier daar nu specifiek aandacht aan wordt besteed.

Voorzitter. Zo kreeg ik ook specifiek een vraag over endometriose als specifiek onderwerp dat verder onder de aandacht moet komen. Dank aan mevrouw Ellemeet. Ik zocht er even naar; u had mij dat gevraagd. Er is terecht steeds meer aandacht voor endometriose, want ondanks het feit dat het een aandoening is die we al ontzettend lang kennen, is er nog altijd erg veel onbekend over de ontstaanswijze en is er nog steeds geen heel goede marker voor de ziekte, iets wat je bij wijze van spreken met een bloedtest of anderszins kunt vaststellen. In het verleden was een kijkonderzoek dé manier om de diagnose te stellen. Er is nogal een drempel om dat te doen. Tegenwoordig kun je heel specifiek met een echo meer bereiken, maar ook dat geeft wel aan dat je eigenlijk zoekt naar methoden die breder toegankelijk zijn. Daarmee is überhaupt de mate waarin het exact voorkomt en de impact die het heeft op bijvoorbeeld fertiliteit – ik geloof dat mevrouw Kuiken of u dat noemde – ook nog onvoldoende duidelijk. Dat zijn echt onderwerpen om zowel met ZonMw als met een beroepsvereniging over in gesprek te gaan: hoe kun je dit verbeteren? Wat ik in dit geval hoor van de beroepsvereniging, is dat ze in het verleden wel een aantal voorstellen voor onderzoek hebben gedaan, maar dat die het nooit gehaald hebben.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Ook hier kan de Minister echt wel een belangrijke ambassadeursrol vervullen, denk ik. De gemiddelde tijd die het kost voordat vrouwen de juiste diagnose krijgen, is zeven jaar. Dat is echt ongelooflijk. Dat heeft ook te maken met de positie van de huisarts. Ook huisartsen moeten eigenlijk bijgespijkerd worden op dit gebied en in het herkennen van de problemen. Mijn vraag aan de Minister is dus: hoe wil hij dit hele proces bevorderen, zodat de betrokken artsen of verpleegkundigen dit scherper in het vizier hebben?

**Minister Kuipers:**

Ik moet echt eerst het gesprek voeren om te weten wat precies de issues zijn en waarom dit zo veel jaar duurt, voordat ik een antwoord kan geven op de vraag wat ik verder aan bevordering kan doen.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Dat lijkt me goed. Ik hoop dat de Minister dit ook hoog op zijn drukke agenda zet en dat het niet ergens onderaan bungelt. Dan hoort de Kamer heel graag wat de resultaten van die gesprekken zijn, denk ik.

**Mevrouw Kuiken (PvdA):**

Even heel kort. N=1 is niet de populatie. Ik heb ook vriendinnen gehad die uiteindelijk naar Leuven zijn gegaan, omdat ze daar wel integrale zorg bieden op dit terrein en je in Nederland eigenlijk van de darmarts via de blaasarts naar de gynaecoloog en weet-ik-veel-wat wordt doorgestuurd, alsof je een soort auto-onderdeel bent dat je los kan koppelen. Ook dat verbijstert mij jaren na dato zeer. Misschien mag ik daar dus nog even deze persoonlijke noot aan toevoegen. Volgens mij is het niet alleen een

zaak van de Minister. Als we het hebben over complexe zorg en het samenbrengen van een aantal specialisaties, denk ik dat deze op dat lijstje erbij kan.

**Minister Kuipers:**

Dit onderschrijft het punt dat vorige week ook al even voorbijkwam en dat we de komende periode nog vaak zullen terughoren. De kennis en kunde in Nederland is hoog, maar het is heel erg versnipperde zorg. Als wij echt iets willen doen aan verbetering van kwaliteit en uitkomsten, dan hoort daar gewoon meer samenhang bij. Dat is niet minder specialisatie of zo, maar meer samenhang. Dit zijn bij uitstek die voorbeelden.

Voorzitter. Nog even in aanvulling op het antwoord dat ik zonet heb gegeven: ik zei toen niet om welke geneeskundige vervolgopleidingen het ging, maar ondertussen heb ik ze wel hier voor mij. De vijf geneeskundige vervolgopleidingen die nu al specifiek aandacht besteden aan gender in hun opleidingsprogramma zijn de interne geneeskunde, de huisartsgeneeskunde, de opleiding tot arts Maatschappij + Gezondheid, de psychiatrie en inderdaad de cardiologie, zoals besproken.

Dat brengt mij automatisch bij de vraag van mevrouw Paulusma: hoe kijkt de Minister aan tegen het met een brede blik meenemen van andere aspecten, zoals leeftijd en leefstijl in onderwijs en onderzoek? De inhoud van de opleidingen is, zoals u weet, specifiek aan de opleiders, het werkveld en de beroepsverenigingen. Maar het onder de aandacht brengen, ook in de dialoog zoals zonet al genoemd, is er een die ik kan vervullen vanuit zo'n ambassadeursrol.

**Mevrouw Paulusma (D66):**

Ik had deze vraag, die ik nu aan de Minister ga stellen, volgens mij ook nog op het lijstje bij mevrouw Ploumen, maar het ging net heel snel. Ik snap dat u niet over de opleidingen gaat. U begon net over de opleiders en toen keken wij elkaar even aan, want wij herkennen daar een hoop in. Ik vroeg in mijn woordvoering of wij ook in de zorg niet wat dwingender zouden moeten worden ten aanzien van het aantal vrouwelijke hoogleraren. We weten van hen namelijk dat ze ander onderzoek doen. We zouden ook moeten kijken naar wanneer je als hoogleraar moet presteren en onderzoek moet afleveren. Dat valt vaak synchroon met het moment dat vrouwen ook kinderen krijgen. Zouden we dus ook niet dwingender moeten zijn – u had het net over samenhang – richting de farmaceutische industrie? Dus eigenlijk heb ik twee vragen: de vraag gerelateerd aan opleiden, die nog was blijven liggen bij mevrouw Ploumen, maar ik ben ook benieuwd naar uw antwoord, en de vraag over samenhang waarover u het net had.

**Minister Kuipers:**

Ik begrijp de vraag ten aanzien van hooglerarenbenoemingen en presteren et cetera, maar dat is echt een vraag voor mijn collega van OCW.

**Mevrouw Paulusma (D66):**

Ik heb een hele korte vervolgvraag: herkent u het beeld dat ik schets wel?

**Minister Kuipers:**

Ik herken het beeld. Ik weet ook, maar dan even vanuit een vorige rol, hoeveel inzet hierop gedaan wordt, allang. We kunnen met elkaar debatteren of dat tot nu toe al voldoende impact heeft en waar we over vijf of twee jaar moeten staan, maar het onderwerp zelf – en er dus iets inhoudelijks over zeggen – is echt een onderwerp voor mijn collega. Anders begeef ik me op zijn terrein.

Het antwoord op de volgende vraag had ik ook zonet kunnen geven, bij de vraag over endometriose. Mevrouw Ellemeet vroeg ook nog wanneer ze de antwoorden op de Kamervragen kan verwachten: deze week nog. Mevrouw Ellemeet vroeg ook naar werkuitval met betrekking tot de overgang. Dat is een belangrijke vraag voor de sociale partners. Mijn collega van Sociale Zaken en Werkgelegenheid heeft hierover met de sociale partners gesproken. Zij willen in de eerste helft van dit jaar een breed rondetafelgesprek organiseren om te werken aan bewustwording en kennisdeling. Daar sluiten wij ons vanuit VWS uiteraard bij aan.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Supermooi. Daar ben ik echt heel erg blij mee. Dat is echt goed nieuws.

Minister **Kuipers**:

Ik zal dat doorgeven aan mijn collega.

Volgens mij was dat de laatste vraag.

De **voorzitter**:

Dan is er nog een vraag van mevrouw Paulusma blijven liggen, begrijp ik, maar u heeft ook nog een tweede termijn.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Precies. Ik wacht.

De **voorzitter**:

Ik denk dus dat wij gewoon overgaan tot de tweede termijn van de kant van de Kamer. Dan geef ik dus eerst de heer Heerema het woord. Hij heeft nog heel veel tijd. Collega's van u zitten in de negatieve tijd, om het zo maar te zeggen, maar het debat aanvoelend laat ik u gewoon zeggen wat u wilt zeggen. Gaat uw gang.

De heer **Rudmer Heerema** (VVD):

Voorzitter, dank. Volgens mij kunnen we met dit aantal deelnemers de tijd inderdaad prima middelen. Dat is geen enkel probleem.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Wat genereus is hij toch, hè?

De heer **Rudmer Heerema** (VVD):

Dank aan de initiatiefnemer, mevrouw Ploumen, en de Minister voor de beantwoording die we hebben gekregen. Dat was volgens mij een goede beantwoording. Daar zijn we dus tevreden over. We willen één motie indienen, mede namens mijn collega Tielen van de VVD en mevrouw Paulusma van D66.

---

Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat in de gezondheidszorg rekening wordt gehouden met verschillen tussen mensen, waaronder die tussen mannen en vrouwen;

constaterende dat het Kennisprogramma Gender en Gezondheid van ZonMw erop gericht is om de kennisachterstand over man-vrouwverschillen in gezondheid en zorg te verkleinen om zo passende kwalitatieve zorg voor iedereen te realiseren;

constaterende dat er in de VWS-begroting voor 2023 ruim 275 miljoen euro is gereserveerd voor de programmering van ZonMw;

verzoekt de regering te bezien welke financiële ruimte het Kennisprogramma Gender en Gezondheid in 2023 toebedeeld krijgt uit de middelen voor ZonMw;

verzoekt de regering ZonMw te vragen in beeld te brengen op welke wijze er binnen de bestaande en toekomstige onderzoeksprogrammering en daarvoor gereserveerde middelen meer aandacht kan komen voor gender- en man-vrouwverschillen in onderzoek,

en gaat over tot de orde van de dag.

**De voorzitter:**

Deze motie is voorgesteld door de leden Rudmer Heerema, Tielen en Paulusma.

Zij krijgt nr. 4 (35 560).

**De heer Rudmer Heerema (VVD):**

Dat was 'm, voorzitter. Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel, meneer Heerema. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Paulusma.

**Mevrouw Paulusma (D66):**

Dank, voorzitter, en wederom dank aan mevrouw Ploumen voor de zorgvuldige beantwoording maar ook voor het bevlogen en betrokken pleidooi, ook in reactie op onze vragen. Dat geeft ook hoop voor de toekomst. Dank ook aan de Minister voor zijn antwoorden en vooral voor het zeer uitgebreide ambassadeurschap dat de Minister volgens mij, gelet op wat ik allemaal beluisterd heb, op zich gaat nemen.

Ik twijfelde net nog even over een vraag. Daar ga ik nu mijn tweede termijn voor gebruiken. Refererend aan long covid en eigenlijk aan de hele categorie onbegrepen klachten vroeg ik in mijn betoog of dat eigenlijk niet nog niet genoeg onderzochte klachten zijn. Zou er niet ook een pleidooi moeten zijn of een inzet die we met elkaar zouden moeten tonen, dat we afgaan van «onbegrepen» en gewoon kijken of daar meer onderzoek naar gedaan moet worden?

Ik heb een motie, die net is aangepast, dus die ligt hier nog niet geprint, maar daar komt iemand aanrennen.

---

Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat uit eerste beelden blijkt dat driekwart van de patiënten met postcovidsyndroom vrouw is;

overwegende dat veel onderzoek naar ziektes en geneesmiddelen het mannelijk lichaam als standaard hanteert;

van mening dat gender en geslacht geen rol zouden mogen spelen bij het ontvangen van passende zorg;

verzoekt de regering om gender- en sekseverschillen te onderzoeken in huidige en toekomstige studies naar het postcovidsyndroom;

verzoekt de regering om de Kamer op de hoogte te houden van de resultaten over onderzoek naar gender- en sekseverschillen in ditzelfde postcovidsyndroom,

en gaat over tot de orde van de dag.

**De voorzitter:**

Deze motie is voorgesteld door het lid Paulusma.  
Zij krijgt nr. 5 (35 560).

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dank u wel, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Paulusma. De motie komt er zo aan, zeg ik tegen de griffier. Mevrouw Kuiken, mag ik u het woord geven?

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Allereerst hartelijk dank aan mevrouw Ploumen voor de vliegende vaart maar zorgvuldige beantwoording. Ook aan de heer Kuipers, Onze Minister. Ik hoor en zie een welwillende toon om dit onderwerp zeer serieus te nemen en dan is het ook prettig om goede voorbeelden uit de praktijk te horen, zoals geboortegewicht. Ik wist dat niet, maar dat stelt mij zeer gerust, voor nu en in de toekomst. Dat verklaart ook waarom mijn lichaam zich gedraagt als een energiezuinige koelkast AA. Ik kan het iedereen aanraden, maar dat terzijde. Ik maak hier en daar een grap, want ik vind het ook wel mooi om een best wel serieus onderwerp te voorzien van een beetje luchtigheid, terwijl we allemaal weten hoe urgent en hoe belangrijk het is. De Fransen zeiden: het is niet een probleem van vrouwen of gender, het is een probleem van de samenleving, omdat de uitval en het leed zo ontzettend groot zijn en zo onnodig. Het feit dat vrouwen zich niet serieus bejegend voelen bij de huisarts en dat daar eigenlijk al het verschil ontstaat, is onzinnig. En niemand doet dat bewust. Het is meestal gewoon onkunde in plaats van onwil. Hier bieden we wel de kans om het verschil te gaan maken. Deze nota heeft daar een zeer waardevolle bijdrage bij gehad. Voorzitter. Ik noteer een duidelijke toezegging van de Minister over zijn ambassadeurschap, en om daarover ook te rapporteren, niet op een manier die extra bureaucratie met zich meebrengt, maar wel zodat wij dat gezamenlijk op de agenda kunnen houden, om gezamenlijk dat doel te dienen.

Ik heb nog een tweetal moties.

---

Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat meer kennis over sekse- en genderverschillen en over vrouwspecifieke aandoeningen noodzakelijk is om tot kwalitatief betere zorg te komen;

verzoekt de regering een voorstel op te stellen voor financiering van voortzetting van het programma Gender en Gezondheid, een deelpro-



gramma gender en ggz en een programma voor vrouwspecifieke aandoeningen;

verzoekt de regering tevens dit voorstel ruim voor de volgende begrotingsbehandeling aan de Kamer te zenden,

en gaat over tot de orde van de dag.

**De voorzitter:**

Deze motie is voorgesteld door het lid Kuiken.  
Zij krijgt nr. 6 (35 560).

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):  
Mijn tweede motie.

---

Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat er nog steeds onvoldoende onderzoek is naar sekse- en genderverschillen bij bestaande geneesmiddelen;

overwegende dat de farmaceutische industrie de afgelopen jaren miljarden extra winst gemaakt heeft dankzij COVID-19-geneesmiddelen en -vaccins;

van mening dat de farmaceutische industrie een maatschappelijke verantwoordelijkheid heeft in het op de markt brengen van geneesmiddelen die veilig zijn voor mannen én vrouwen;

verzoekt de regering om het gesprek aan te gaan met de farmaceutische industrie over hoe de industrie financieel kan bijdragen aan een fonds voor sekse- en genderverschillen bij bestaande geneesmiddelen,

en gaat over tot de orde van de dag.

**De voorzitter:**

Deze motie is voorgesteld door het lid Kuiken.  
Zij krijgt nr. 7 (35 560).

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Voorzitter, ik heb nu niet gevraagd om mede-indieners, maar dat kan altijd nog. Het was meer gebrek aan tijd dan dat ik niet de behoefte had aan mensen te vragen om mee te doen, voor zover dat kan. Volgens mij zaten wij heel gelijk in de wedstrijd. Ik wil mijn collega's danken. Sorry dat ik af en toe een beetje plaag, maar ik vind het heel waardevol dat we dit gesprek op een hele zorgvuldige en fijne manier met elkaar hebben doorlopen en dat iedereen de moeite heeft genomen, in een hele drukke tijd, vlak voor de gemeenteraadsverkiezingen, om hier vandaag aanwezig te zijn.

Dank u wel, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Kuiken. Mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ja. Veel dank aan mevrouw Ploumen, die ook hier weer op een bevlogen manier duidelijk kon maken waarom het zo'n belangrijk onderwerp is, en dat dit ook niet iets is wat je eventjes doet en dan weer loslaat. En dat laat zij zien. Zij is, denk ik, het toonbeeld van dit op de agenda houden en hier aandacht voor blijven vragen, en dat hebben we nodig.

Eigenlijk vond ik de mooiste uitspraak die zij vanmiddag heeft gedaan: echt goede persoonsgerichte zorg kan als de norm inclusief is. Volgens mij heeft zij daar de kern te pakken: die norm is nog niet inclusief. Daarom moeten wij hier zo hard aan werken. En uiteindelijk hopen we daar terecht te komen dat we gender- en seksespecifieke zorg los kunnen laten omdat die norm echt inclusief is.

Ik ben blij te horen dat de Minister deze rol van ambassadeur zo voortvarend op lijkt te pakken. Het is ook een onderwerp waar je iets mee moet hebben, en dat voel ik bij de Minister. Je moet dit echt serieus nemen; het is moeilijk op te leggen aan iemand. Ik heb het gevoel dat dat niet nodig is bij de Minister.

Ook goed om te horen dat, als het gaat om de overgang en de problemen waar vrouwen daarin mee worstelen, dit zo serieus wordt opgepakt door SZW en VWS, samen met de werkgevers. Ik hoor graag t.z.t. hoe dat gesprek is gegaan en wat daaruit komt. Ook ben ik dus benieuwd naar de eerste resultaten op de campagnes, maar ik begrijp dat dat van de Staatssecretaris komt. Want ook dat zijn onderwerpen... Nou ja, daar ben ik in de vorige periode mee begonnen, maar dat kan ik ook niet loslaten. Als je daar één keer bij een begroting iets op hebt geregeld, zo van «nou, dat ballonnetje hebben we opgelaten, we gaan weer verder»... Nee, dit zijn onderwerpen die vragen om continue aandacht, dus de Minister kan ervan uitgaan dat ik ook van mijn kant daar continu aandacht voor zal vragen.

Daar wilde ik het bij laten. Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Ellemeet. Mevrouw Den Haan.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Dank u wel, voorzitter. En dank aan mevrouw Ploumen voor de prettige en inhoudelijke beantwoording van de vragen en voor het hebben van die hele lange adem die je op dit belangrijke onderwerp moet hebben. Dank ook aan de Minister voor het beantwoorden van de vragen. Ik ben blij met de toezegging om de nota die al is toegezegd aan collega Kuzu in het hoofdlijnen debat van VWS, iets te verbreden. Ik heb verder geen moties. Ook dank aan de collega's.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan kijk ik naar rechts, voor of we nog even moeten schorsen. Er zijn vier moties.

Minister **Kuipers:**

Ik moet nog even een motie krijgen.

**De voorzitter:**

Dan schors ik even vijf minuten, en dan moet het wel lukken, toch?

De vergadering wordt van 16.46 uur tot 16.50 uur geschorst.

**De voorzitter:**

Ik geef graag het woord aan mevrouw Ploumen.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Voorzitter. De Minister zal de moties bespreken. Ik zou dat met alle liefde en plezier zelf willen doen, maar we hebben hier nu eenmaal de scheiding

der machten en daar houd ik mij aan. Ik wil de collega's nogmaals dankzeggen voor de betrokken wijze waarop ze de nota hebben beschouwd en ook voor de suggesties en voorstellen die ze hebben gedaan.

Tegen mevrouw Paulusma zou ik nog het volgende willen zeggen. Als u aan mij vraagt of er meer vrouwelijke hoogleraren moeten komen, dan is mijn antwoord: ja. We zitten namelijk nog lang niet in de buurt van de 50%. Niet alleen op het gebied van de geneeskunde is dat het geval maar ook breder, ondanks de inzet van Jet Bussemaker en anderen daarop. Dus er mogen nog zeker stappen worden gezet. Ik kijk ook uit naar de stappen die dit kabinet hiertoe zal gaan zetten.

Dank, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Ploumen. Dan geef ik het woord aan de Minister voor zijn appreciatie van de moties en het beantwoorden van de laatste vragen.

**Minister Kuipers:**

Voorzitter. Dank voor zowel het initiatief als het debat. Er ligt nog een vraag en die gaat over het SOLK-onderzoek. Ik wil het op dit punt graag houden bij de opmerkingen die al gemaakt zijn over gender en onderzoek. Als je het in een breder kader plaatst, wijs ik erop dat er in het verleden al ongelooflijk veel onderzoek naar somatisch onbegrepen lichamelijke klachten is gedaan en dat dat onderzoek ook nog steeds plaatsvindt. Sommige van die onderzoeksprogramma's lopen zelfs al twintig jaar of langer. Ik heb dan ook niet het voornemen en ook niet de ambitie om daar nu specifiek in de randen van dit debat heel veel extra aan te gaan doen. Er gebeurt al veel. Ik zie mevrouw Paulusma nee schudden, dus misschien begrijp ik de vraag verkeerd.

**De voorzitter:**

Mevrouw Paulusma, kort.

**Mevrouw Paulusma (D66):**

Bij dat ambassadeurschap gaat het veelal om houding en gedrag. Als vrouwen naar huis gestuurd worden met onbegrepen klachten doet dat wat met hen. Ik weet dat er heel veel onderzoek naar gedaan wordt, maar het woord, het gedrag en het effect ervan zijn soms schadelijk en dat is onnodig. Dus ik vraag u niet specifiek om meer onderzoek te doen en u hoeft wat mij betreft ook het woord niet te veranderen, maar dit doet wel wat met mensen.

**Minister Kuipers:**

Oké. Dat vat ik dan meer op in relatie tot dat ambassadeurschap. Mijn excuus, want ik interpreteerde de vraag als een verzoek om een breder onderzoeksprogramma te starten naar SOLK, waarop mijn antwoord was dat we daar al heel veel aan doen.

Dan kom ik op de moties. De motie op stuk nr. 4 krijgt wat mij betreft oordeel Kamer.

**De voorzitter:**

De motie op stuk nr. 4 krijgt oordeel Kamer.

**Minister Kuipers:**

De motie op stuk nr. 5 krijgt eveneens oordeel Kamer.

**De voorzitter:**

De motie op stuk nr. 5 krijgt oordeel Kamer

**Minister Kuipers:**

Dan de motie op stuk nr. 6. Mijn appreciatie van deze motie in de huidige vorm is ontraden. ZonMw heeft aangegeven het punt van sekse- en gendergerelateerdheid graag te willen zien als een prioriteit voor een volgend onderzoeksprogramma. Daar wil ik graag over in gesprek, maar zoals het nu in de motie staat, betekent het dat ik heel specifiek iets aparts zou moeten doen. Vandaar mijn appreciatie ontraden.

**De voorzitter:**

De motie op stuk nr. 6 wordt ontraden.

**Minister Kuipers:**

Dan de motie op stuk nr. 7 van mevrouw Kuiken. Eigenlijk kan ik die in tweeën knippen. Als het verzoek is of ik in gesprek wil gaan met de farmaceutische industrie over de vraag of dit onderwerp voldoende aandacht krijgt en of er aanvullend onderzoek naar moet gebeuren, dan zou mijn appreciatie zijn oordeel Kamer. Maar als ik de motie zo moet lezen dat er een apart fonds moet komen en ik daar ook separaat geld van de farmacie voor moet hebben, dan is mijn appreciatie ontraden. Ik heb het idee dat mevrouw Kuiken dat eerste bedoelt: wil je een gesprek voeren met de farmaceutische industrie en wil je aandacht vragen voor het belang van onderzoek hiernaar?

**Mevrouw Kuiken (PvdA):**

Nou, niet helemaal. Laten we even rekkelijk met elkaar gaan spreken. De Minister heeft gezegd dat hij een ambassadeur wil zijn. Hij zegt ook dat de farmaceuten al veel doen. Onze mening is dat ze gruwelijk veel geld hebben verdiend en dat dit onderwerp extra aandacht vraagt. Laten we het in twee stappen doen. We hebben een nieuwe Minister en er moet een nieuwe agenda gevormd worden. Ik wil de motie nu op deze manier omschrijven en dan komen we er op een ander moment op terug, als dat gesprek in brede zin heeft plaatsgevonden en er nieuwe gedachtes zijn ontstaan. Dat over de motie op stuk nr. 7.

Dan over de motie op stuk nr. 6. Ik ga de motie op stuk nr. 4 van de VVD steunen. Gelijktijdig denk ik dat het niet voldoende zal zijn, omdat het eindigt en je dus aparte projecten zal moeten doen. Ik laat deze motie dus even staan. Ik ga me er intern op beraden. Ik heb uw oordeel genoteerd, maar ik ga de motie nog niet intrekken.

**De voorzitter:**

Volgens mij kan ik concluderen dat de motie op stuk nr. 6 ontraden blijft. Wilt u over de motie op stuk nr. 7 nog iets zeggen?

**Minister Kuipers:**

Die blijft staan.

**Mevrouw Kuiken (PvdA):**

Volgens mij heb ik de motie omarmd zoals de Minister haar heeft uitgelegd en het na te lezen is in de Handelingen. Als ik als vervolgstap vind dat er toch nog een fonds moet komen, kan dat op een later moment plaatsvinden, namelijk als we weer voortgang hebben.

**Minister Kuipers:**

Met deze interpretatie is het oordeel Kamer.

**De voorzitter:**

De motie op stuk nr. 7 krijgt oordeel Kamer. Dank u wel. Dan komen we langzamerhand aan het einde van deze vergadering. Er is een viertal toezeggingen geconstateerd.

- De Minister van VWS zal de Kamer bij de behandeling van de begroting van VWS via de verslaglegging en evaluaties van onderzoeken informeren over de inzet en de resultaten van de aandacht voor gendersensitieve zorg. Dat was een toezegging aan mevrouw Kuiken.
- Bij de reeds door de Minister voor Langdurige Zorg toegezegde brief over cultuursensitieve zorg zal het thema «gender» worden betrokken. Dat is een toezegging naar aanleiding van een opmerking van mevrouw Den Haan.
- De Minister van VWS zal de Staatssecretaris van VWS vragen om de Kamer schriftelijk te informeren over de stand van zaken rondom post-partumdepressies in Nederland. Dat is een toezegging aan mevrouw Ellemeet.
- De Minister van VWS zal schriftelijk terugkomen op het artikel uit The Guardian over sterftecijfers tijdens operaties en op de stelling dat bij het preferentiebeleid van bepaalde cholesterolverlagers bewezen genderverschillen in bijwerkingen niet worden meegewogen. Dat is ook een toezegging naar aanleiding van een opmerking van mevrouw Ellemeet.

Volgens mij zijn wij hierbij aan het einde van de vergadering gekomen. Mij rest om de initiatiefnemer uitgebreid te danken namens iedereen. Ik dank de Minister hartelijk voor het beantwoorden van de vragen. Ik bedank de collega's en de mensen thuis en last but not least, de griffie en de andere ondersteuning. Wij stemmen volgende week dinsdag over de vier moties. Dank u wel.

Sluiting 16.59 uur.